RAPPORT

À MADAME ANNE HIDALGO

SUR LES ÉTABLISSEMENTS D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES PARISIENNES

et

LES DROITS FONDAMENTAUX

Jean-Marie Delarue,

Conseiller d'État (h)

TABLE DES MATIÈRES

Pages

Introduction 3

Première partie : l'application des droits fondamentaux en EHPAD 5

I – L'exigence de droits fondamentaux 5

A – La nécessaire intégralité des droits 5

B- Les contraintes d'une mise en œuvre effective 6

a/ L'équilibre entre les droits et les exigences de la vie collective 6

b/ La nature des EHPAD 7

II – Quelques traits des personnes vivant et travaillant en EHPAD 8

A - Caractères des personnes vivant et travaillant en EHPAD 8

a/ Les « résidents » 8

b/ Le personnel 13

B – Eléments conjoncturels 21

a/ Les suites de la pandémie 21

b/ Un scandale vu par les médias 22

Deuxième partie : périls d'aujourd'hui et remèdes possibles 24

I – Des droits fondamentaux en péril 24

A – Le droit à la vie 24

B – Le droit de ne pas subir de traitements dégradants : la maltraitance 28

C – Le droit à la liberté d'aller et venir 32

D – Le droit à la liberté d'expression 34

II – Quelques domaines de progression **37**

A – Mieux prendre soin **37**

B – Mieux partager le travail indispensable **38**

C – Mieux intégrer les résidents dans les choix de la vie collective **40**

D – Mieux utiliser les nouvelles technologies **43**

E – Ouvrir davantage les perspectives de la vie en EHPAD **44**

F – Mieux réguler les conflits **45**

Conclusion **50**

Annexes **53**

Introduction

Afin de remplir la mission que, par lettre en date du 22 mars 2022 (annexe 1), vous avez bien voulu me confier, il a été procédé de deux manières : d'une part, une série d'entretiens a eu lieu avec des personnes, représentantes ou non d'associations, justifiant d'une expérience et d'une pratique assidue auprès de la population des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (ci-après EHPAD) (annexe 3) ; d'autre part, dix-sept établissements (annexe 2) ont été visités (avec le concours de M. Mehdi ALLAL, mis à ma disposition par vos services, auquel je veux associer ce rapport).

Ces visites, dont chacune a duré environ sept heures, ne répondent pas aux critères exigés des organismes de contrôle indépendants chargés de l'examen de lieux collectifs. En premier lieu, seuls des établissements qui ont fait connaître leur accord ont été visités ; en second lieu, leurs directions ont été présentes lors de la visite des locaux qui a d'ailleurs eu le plus souvent un caractère de brièveté ne garantissant ni exhaustivité, ni examen approfondi, ni rencontre *in situ* (sauf exception) avec des personnes hébergées ; en troisième lieu, aucune visite de nuit n'a eu lieu et une seule visite inopinée a été organisée.

Malgré ces limites, les établissements visités ont permis de constituer un échantillon parfaitement illustratif des EHPAD de Paris, à la fois en termes de répartition géographique (implantation dans neuf arrondissements), en termes de gestion (publique, privée à but lucratif – trois groupes concernés – ou à but non lucratif) et en termes de volume (plus d'un sur cinq des établissements parisiens). Surtout, les visites ont permis un grand nombre d'entretiens personnels et confidentiels réalisés tant avec les responsables d'établissement qu'avec leurs différents agents (médecins, infirmiers, aides-soignants, animateurs, chefs de cuisine…) ainsi qu'avec des pensionnaires, des membres de leur famille et des personnes extérieures aux établissements (médecins traitants, kinésithérapeutes, animateurs de loisirs…). Certains de ces interlocuteurs ont été désignés par la direction ou ont été entendus parce qu'ils se trouvaient disponibles (en particulier des proches de résidents). Mais bien d'autres ont fait l'objet d'entretiens à la demande de l'auteur qui entend ici exprimer sa profonde reconnaissance à ceux qui, désignés ou non, ont accepté de faire connaître leurs pensées et leurs sentiments. Cette manière de faire a, sans aucun doute, permis de mettre en relief un certain nombre de circonstances incontestables, exposées dans les pages qui suivent.

Dès lors que ce rapport porte sur la manière dont les droits fondamentaux sont appliqués dans les EHPAD de Paris, c'est-à-dire dans le respect de la dignité des personnes résidentes qu'ils assurent ou non, il laisse de côté d'autres questions essentielles qui sont inséparables du secteur : l'essor rapide de ces établissements (594 700 personnes y sont

accueillies en France au 31 décembre 2019 – source DREES, juillet 2022) ; la répartition sociale de ceux qui y accèdent ; la distribution des aînés entre l'existence dans un domicile privé (le leur ou celui de leurs proches) et le choix de vivre en établissement ; la charge financière des EHPAD et sa répartition entre résidents et puissance publique, d'une part, et entre collectivités publiques, d'autre part ; l'équilibre, pour les entreprises privées, entre profit et prestations à assurer (il faut que « ça crache ! » dit un dirigeant d'ORPEA, écarté depuis, cité dans le livre de Victor Castanet) ; la manière dont la société doit contribuer à la vie des établissements : toutes questions de première importance et évidemment corrélées à l'objet de ce travail. Mais ce dernier devait demeurer centrer sur le seul aspect de la dignité des résidents. A notre sens, il éclaire cependant toutes les autres.

PREMIÈRE PARTIE : QUELS DROITS FONDAMENTAUX

DANS QUELS EHPAD ?

I – L'exigence des droits fondamentaux

A/ La nécessaire intégralité des droits

On ose à peine l'écrire mais on doit le répéter : les droits fondamentaux en France sont loin d'être une préoccupation fondamentale. Elle n'irrigue ni les stratégies publiques et privées ni les pratiques quotidiennes de nombreux responsables. La représentation qu'on peut en faire est celle de ces vaisselles peintes qui naguère ornaient les buffets solennels des « salles » des maisons paysannes : un bien précieux, hérité, exposé mais utile surtout pour la décoration. Il faut, d'ordinaire, compter davantage sur la spontanéité de chacun (par exemple le respect ou le sentiment de fragilité qu'on peut éprouver à l'égard des personnes âgées) que sur le sentiment d'avoir à respecter une norme qui s'impose à tous. Mais la spontanéité varie avec le tempérament et l'humeur du jour ; la norme n'autorise pas de transiger.

On est donc conduit à rappeler que les droits fondamentaux, héritage essentiel du dernier conflit mondial, ont été introduits progressivement dans le droit international puis en droit interne ; qu'aujourd'hui, ils sont parfaitement définis et reconnus comme des principes de valeur constitutionnelle. C'est dire que leur application, aux EHPAD comme ailleurs, ne saurait susciter le moindre doute.

Quels sont ces droits ? On doit distinguer ceux qui sont inconditionnels de ceux qui sont soumis à un équilibre avec d'autres exigences juridiques.

Parmi les premiers, le droit à une identité et l'interdiction de l'esclavage et du travail forcé ne peuvent guère trouver – heureusement – à s'appliquer aux établissements d'hébergement pour personnes âgées. En revanche, deux autres sont, au contraire, au centre de leurs activités. Il s'agit, d'une part, du droit à la vie (la seule exception qu'il comporte, celle de l'ordre public gravement menacé, est sans rapport avec les personnes âgées), d'autre part, du droit à ne pas subir de torture, c'est-à-dire de ne pas être soumis, selon la lecture des textes unanimement admise, à des « traitements cruels, inhumains ou dégradants », autrement dit des traitements qui méconnaissent la dignité de la personne.

Ces principes ne signifient pas seulement, comme l'indique avec constance le juge international et, après lui, le juge interne, que les responsables d'établissements doivent s'abstenir de mesures qui porteraient atteinte à la vie ou soumettraient les résidents à de mauvais traitements ; il leur appartient aussi – et c'est sur ce point cardinal que leur action doit s'apprécier –, de prendre les mesures qui garantiront la protection et le bien-être des personnes dont ils ont la responsabilité : sont en cause, par conséquent, ici l'installation matérielle des personnes accueillies mais aussi la formation des personnels de tous niveaux,

la qualité et le nombre de leur encadrement, l'organisation de leurs tâches, la nature des consignes données. Pour être concret, un rythme insuffisant de changement de « protections », pour des raisons d'économies ou d'insuffisance de personnel, peut ainsi être mis à la charge d'une direction, dès lors qu'il se traduit, pour les personnes incontinentes en cause, par un sentiment d'abandon et d'humiliation constitutif d'un traitement dégradant.

Parmi les seconds, se trouve l'essentiel de ce qu'il est convenu d'appeler les libertés publiques, enrichies de certains droits propres aux individus. Dans la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, figurent ainsi : le droit à la liberté et à la sûreté ; le droit à un procès équitable ; le droit au respect de la vie privée et familiale ; la liberté de pensée, de conscience et de religion ; la liberté d'expression ; la liberté de réunion et d'association ; le droit au mariage ; le droit à un recours effectif ; la prohibition des discriminations. Si tous ces droits ne sont évidemment pas d'égale importance dans les EHPAD, en raison des particularités qui s'attachent aux personnes âgées, on doit toutefois retenir comme principe que le document par lequel chaque résident, à son arrivée dans l'établissement, signe le contrat de séjour mentionné à l'article L. 311-14-1 du code de l'action sociale et des familles, ne saurait aucunement signifier (ou se traduire par) quelque renoncement que ce soit à l'effectivité de ses droits fondamentaux. D'ailleurs, l'article L. 311-3 du même code précise que « l'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne prise en charge… Dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, lui sont assurés : 1° Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité, de sa sécurité et de son droit à aller et venir librement… ». Au surplus, l'article L. 311-4 prévoit la remise à chacun – et l'affichage dans l'établissement – d'une « charte des droits et libertés » et une annexe au contrat, dont le modèle-type figure à l'annexe 3-9-1 du code, « prise au regard des dispositions constitutionnelles garantissant la liberté d'aller et de venir des personnes » et centrée sur cette dernière liberté individuelle. Quelle que soit la valeur de ces textes et surtout de leur rédaction, ils ne sauraient être compris comme une limitation à la plénitude de l'exercice des droits fondamentaux de chacun, que garantissent le Constitution et les traités internationaux. Autrement dit, les EHPAD ne sauraient s'exonérer de l'application de l'intégralité des droits fondamentaux, quel que soit l'accent mis par des textes particuliers de droit interne sur tel ou tel d'entre eux.

B/ Les contraintes d'une mise en œuvre effective

a/ L'équilibre entre les droits et les exigences de la vie collective

Le droit au respect de la vie privée et familiale, la liberté de pensée, la liberté d'expression et de réunion ne sont pas sans limites. Des restrictions peuvent y être apportées par les responsables publics, selon la Convention européenne des droits de l'homme et le Conseil constitutionnel (par exemple Cons. constit. n° 2007-553 DC du 3 mars 2007) dès lors

que, prévues par la règle de droit, elles sont nécessitées par l'intérêt général, en particulier la santé publique, la protection de l'ordre et de la morale, ou encore la protection des droits et libertés d'autrui. Chacun de ces droits ou libertés peut donc être limité dans les EHPAD pour assurer le bon fonctionnement de ce dernier en matière de santé et de protection des personnes.

Ces limites sont elles-mêmes bornées par deux conditions. En premier lieu, elles doivent être rendues nécessaires par l'objectif recherché et proportionnelles à cette nécessité. On voit bien les difficultés qu'ont provoquées les interdictions de visites des familles dans les EHPAD au plus fort de la pandémie du SARS-CoV-2 : cette mesure, qui a provoqué de nombreux drames, était-elle nécessaire à la préservation de la santé des résidents ? Etait-elle proportionnelle aux besoins de celle-ci ? Un tel calcul est heureusement plus simple à faire dans la vie quotidienne des établissements. Mais les contraintes n'en restent pas moins soumises à cet examen de la nécessité et de la proportionnalité. En second lieu, la question est de savoir qui a la possibilité d'imposer de telles limites aux droits fondamentaux en cause. Ne peuvent être décidées que celles qui sont conformes à la règle préétablie, dit le droit. Mais, d'une part, cette manière de faire ne tranche pas la question de savoir qui décide : un certain nombre de familles se plaignent du pouvoir unilatéral des directions d'établissements de déplacer un résident d'un étage « ouvert » à un étage « fermé » par exemple. D'autre part, il est de la nature de la vie collective que la règle – c'est-à-dire les textes en vigueur – ne peut tout prévoir, par exemple le rythme de changement des « protections » déjà mentionné, sans devenir inutilement démesurée et faire obstacle aux adaptations individuelles nécessaires. On doit retenir de ceci que la règle de nécessité des limites aux droits et libertés doit toujours s'appliquer et que, pour les usagers des EHPAD (résidents et proches), les règles de répartition de la décision doivent être parfaitement transparentes. Tel n'est pas toujours le cas comme on le verra.

b/ La nature des EHPAD

Il est possible de présenter les EHPAD comme des lieux dans lesquels une part seulement y serait réservée à la vie collective et une autre part demeurerait strictement privée, avec l'autonomie partielle qui en résulterait. C'est, en particulier, ce que vantent certains gestionnaires qui décrivent les chambres de résidents comme un « chez soi », certes un peu étriqué, mais dans lequel le résident garderait toute sa liberté.

Cette vision a sa part de réalité. Dans beaucoup d'établissements, chaque entrant a une part de latitude pour aménager la chambre qui lui est affectée (meubles supplémentaires, décorations, photographies). De surcroît, assez naturellement, le résident installé dans sa chambre est réputé vivre dans un espace d'intimité, avec les précautions qui s'imposent pour la respecter (frapper avant d'entrer, refermer la porte en sortant…).

Mais elle a aussi sa part d'illusion, que chaque résident comme ses proches ont bien compris. Entrer en établissement d'hébergement, c'est perdre son autonomie en se soumettant à la règle collective. Celle-ci s'impose tous les jours et dans tous les aspects de la vie, y compris, par exemple, la possibilité d'y échapper (en sortant de l'établissement). Avec des nuances qui peuvent les séparer de certains établissements originaux, les EHPAD constituent bien une de ces institutions « totales » si justement décrites par Erving Goffman, même si d'autres éclairages peuvent les décrire (par exemple Iris Loffeier, *Panser des jambes de bois ? La vieillesse, catégorie d'existence et de travail en maison de retraite*, Paris 2015). A ce titre, leurs responsables ne sauraient se dérober à la responsabilité qui est la leur d'observer et de faire observer les droits des personnes qui se confient à eux. La circonstance que l'entrée de ces dernières soit (plus ou moins) consentie n'est évidemment pas de nature à atténuer cette obligation.

C/ Quelques traits des personnes vivant et travaillant en EHPAD

a/ Les « résidents »

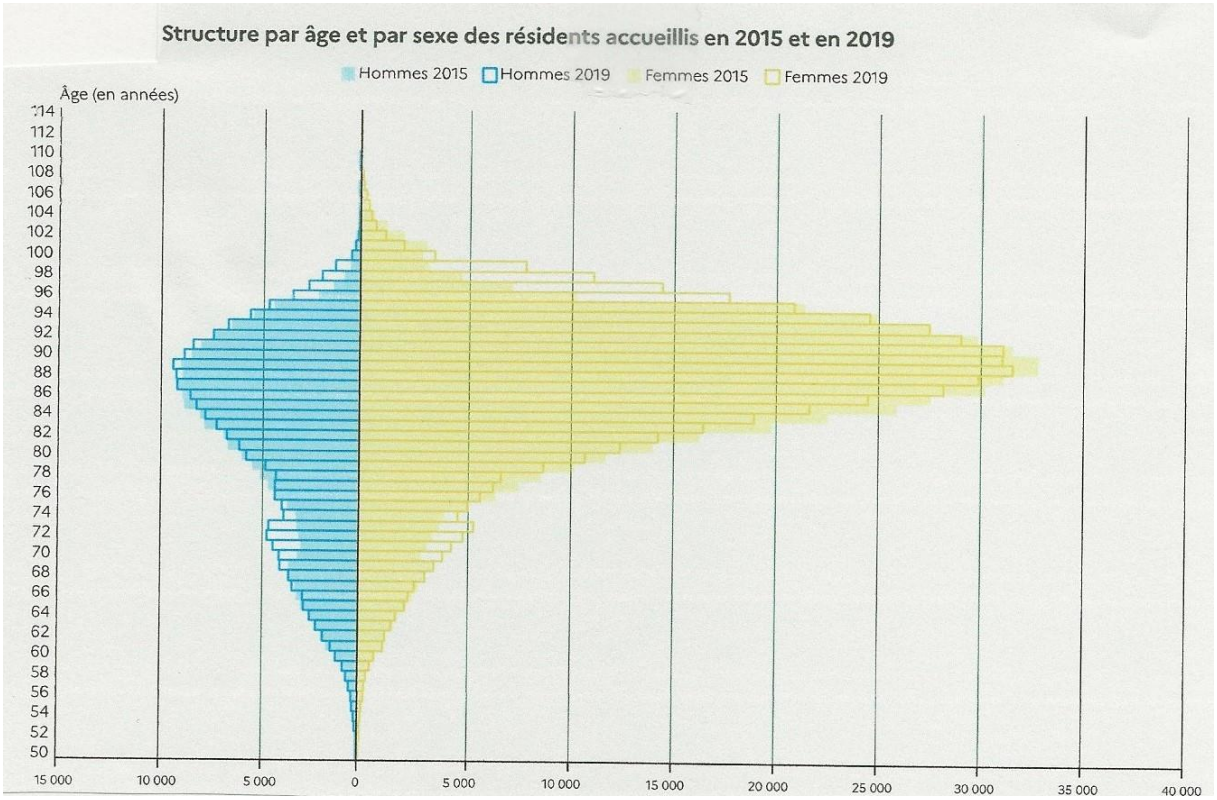
Plusieurs éléments doivent être pris en considération pour définir la population de résidents (ainsi dénomme-t-on les personnes âgées) accueillis en EHPAD.

Le premier élément qui va de soi, compte tenu de ce qui a été dit précédemment, est que les résidents sont des femmes et des hommes qui sont, chacun d'entre eux, des êtres humains présentant des défauts mais aussi d'immenses qualités. L'auteur de ce rapport regarde comme une chance d'avoir pu rencontrer bien des personnalités attachantes, parfois exceptionnelles.

Le deuxième élément, le plus aisé à appréhender et, partant, le plus connu, est l'état médiocre de santé physique dans lequel se trouvent beaucoup d'entre eux.

Est notamment en cause l'âge de plus en plus élevé à l'entrée en établissement. Selon la DREES, qui ne livre que des données nationales, les 296 000 personnes entrées en 2019 dans un établissement pour personnes âgées (notion plus large que celle des seuls EHPAD) ont un âge moyen de 85 ans et cinq mois, soit une moyenne plus âgée d'un an que celle constatée en 2011. Il en résulte notamment une élévation de l'âge moyen des résidents de ces établissements : la moitié a 88 ans ou plus à la fin de 2019 au lieu de 86 ans et cinq mois en 2011. Dans les EHPAD, plus des deux tiers des résidents ont plus de 85 ans (14, 7% ont 95 ans ou plus), et seulement moins du cinquième ont 79 ans ou moins.

Ces résidents sont surtout des résidentes, comme le montre la pyramide des âges ci-dessous.



Source : DREES

Près des trois quarts des personnes hébergées en établissements pour personnes âgées sont des femmes et le vieillissement de 2015 à 2019 est visible des deux côtés de la pyramide pour les personnes âgées de plus de 95 ans.

Est aussi en cause le degré de perte d'autonomie (ou de dépendance) des résidents, mesuré par la grille AGGIR (pour « autonomie gérontologique groupes iso-ressources »), laquelle teste dix activités physiques et mentales et définit le GIR (groupe iso-ressources) en six niveaux de dépendance croissants, de six à un. Un « GIR moyen pondéré » (GMP) permet de déterminer le degré d'autonomie de l'ensemble des résidents d'un établissement, sur une échelle allant jusqu'à 1 000 (correspondant à une situation dans laquelle la totalité des résidents aurait un GIR de 1, c'est-à-dire une dépendance très élevée. Dans les EHPAD, le GMP passe de 696 en 2015 à 705 à la fin de 2019 ; 54% des résidents sont regardés comme très dépendants (GIR de 1 ou de 2). Naturellement, les troubles moteurs qui sont la cause d'une forme de dépendance s'accroissent avec l'âge. Or les résidents sont de plus en plus âgés. Le rapport des docteurs Jeandel et Guérin a, entre autres, depuis plusieurs années, donné des certitudes en la matière.

Sont enfin en cause, plus précisément, les troubles de cohérence. Au contraire des troubles moteurs, ils concernent les personnes les moins âgées (toute proportion gardée) des EHPAD : 93% des moins de 70 ans ont des difficultés de cohérence (davantage que les plus de 80 ans : 86%). Les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer sont souvent regardés comme illustratifs de la réalité des EHPAD : de fait, 40% des personnes hébergées en EHPAD souffrent de cette affection, soit 230 000 personnes, dont seulement une partie (14%) est accueillie

dans une unité spécifiquement dédiée. On sait que ces résidents sont atteints de troubles de la mémoire, associés à des troubles du langage ou des gestes ou bien de la perte de reconnaissance de leur environnement ou encore de la disparition de fonctions exécutives.

Toutefois, durant les visites d'établissement effectuées pour ce rapport, l'attention a été attirée sur un phénomène récent, celui de l'arrivée de personnes plus jeunes (de 60 à 70 ans) souffrant de pathologies mentales « ordinaires » (schizophrénie…). Cette arrivée est expliquée par le refus des établissements de santé mentale de garder dans leurs murs des patients dont ils estiment que, plus ou moins stabilisés, ils n'ont plus leur place à l'hôpital mais ne peuvent mener une vie normale à domicile. Quelles qu'en soient les raisons, la présence de ces personnes est ressentie comme une difficulté supplémentaire ; elle complique sensiblement la vie collective, en ce que beaucoup d'entre elles ont un comportement imprévisible et que certaines peuvent se livrer à des violences auxquelles le personnel est peu préparé. Elle apparaît encore peu prise en considération dans les réflexions sur les EHPAD et les établissements publics de santé mentale.

Ces caractères ont deux impacts qu'on doit souligner sur la population des EHPAD.

D'une part leur vieillissement au fil des ans va dans le sens de la réduction de leur durée de séjour, qui n'est pas elle-même sans conséquences sur le type de relations humaines pouvant se nouer dans l'établissement, entre les résidents et entre les résidents et le personnel ; en d'autres termes, pour exprimer l'idée de manière excessivement brutale, la question se pose de savoir si les évolutions en cours ne renforcent pas l'idée, qui doit être fermement combattue, que les EHPAD sont des « mouroirs ».

D'autre part, le degré de dépendance des personnes hébergées en EHPAD varie dans le temps, très généralement dans le sens d'une aggravation. Cette idée paraît ressortir de l'évidence. Elle est pourtant perdue de vue par de nombreuses familles, incapables d'expliquer pourquoi leur parent, qui accomplissait sans difficultés tel geste à son entrée en EHPAD, n'en est plus capable un an plus tard. Nombreuses sont celles qui s'en inquiètent – à bon droit – mais qui peuvent en déduire – sans autre motif – que les établissements sont la cause de cette perte supplémentaire d'autonomie. Autrement dit, chacun doit avoir à l'esprit que la vie continue de s'écouler en EHPAD, avec les altérations qu'elle implique et sur lesquelles – on y reviendra – l'établissement doit nécessairement s'expliquer auprès des proches.

Un troisième caractère réside dans l'état d'esprit des personnes accueillies. Sans se livrer ici à une approche psychologique par trop sommaire, on doit reconnaître que nombre de résidents ont une attitude de grande résignation vis-à-vis du sort qui leur est réservé. Autrement dit, une humeur combative sur le respect de leurs droits n'est guère courante. Se mêlent à l'origine de cette attitude le sentiment d'avoir vécu un grand nombre d'expériences dont l'EHPAD n'en est qu'une supplémentaire, d'ailleurs clairement perçu par beaucoup comme l'ultime ; la conscience de sa propre faiblesse, y compris physique (l'épuisement de beaucoup,

autonomes ou non) ; la méconnaissance de ce qui est dû ; l'attachement à l'effectivité du quotidien. S'y ajoutent, pour nombre d'entre elles, le traumatisme mal surmonté du départ du cocon du domicile ou de la famille et le désir, vis-à-vis de cette dernière, de ne pas « faire d'histoire » ; la perception d'une diminution de soi, de vivre une existence nouvelle dans laquelle le sentiment de dépossession est vif, s'ensuit inévitablement. Et aussi, la lassitude de ne pouvoir avoir gain de cause ; comme l'écrit cette résidente dont le « journal de bord » nous a été confié, « je me sens isolée pour continuer à me battre contre des moulins à vent ; la bataille semble perdue d'avance ». Pour banales qu'elles soient, ces attitudes ont leur retentissement sur la vie des établissements.

Un quatrième caractère, mal étudié car difficilement soumis à l'analyse, et surtout mal pris en compte par les responsables, réside dans les attitudes de retrait ou de discrète résistance opposées par les résidents à la vie en EHPAD.

Les gestes d'opposition – le mauvais vouloir – sont trop ténus pour faire l'objet d'un recensement de la part de quiconque ; le personnel ne peut d'ailleurs les différencier des résidents qui, selon ce qu'il indique, ont « mauvais caractère ». En revanche, est beaucoup plus partagé ce refrain que toutes les familles qui ont un proche en EHPAD ont entendu : « Ramène-moi chez moi ! », sans que, sauf exception, cette prière puisse être réalisée. On peut mettre ce sentiment sur le compte d'une nostalgie fréquente ; mais il a aussi sa source dans les déceptions qui naissent de l'existence en EHPAD. De telles réactions ne sont pas propres à ce type d'établissements. On les entend aussi fréquemment chez les personnes âgées hospitalisées par exemple. On ne saurait pour autant ignorer ce profond mal-être.

Une réaction de même nature, mais plus radicale, consiste à « fuguer », c'est-à-dire à sortir de l'établissement alors qu'on ne peut le faire (s'agissant par exemple de résidents en unité fermée). Dans la plupart des établissements des évènements de cette nature sont mentionnés. Les issues en sont heureuses : les personnes sont rapidement retrouvées, par le seul personnel ou, parfois, lorsque l'absence de prolonge, avec l'aide des services de police. Ainsi, un résident a été retrouvé dans l'immeuble hébergeant les bureaux où il avait travaillé pendant longtemps. Le discours le plus souvent tenu sur les fugues est celui de conduites de personnes ayant perdu leurs facultés cognitives. L'exemple cité montre que les fugues sont mues par un objet qui mériterait parfois analyse et qui, peut-être, n'est pas sans lien avec l'idée qu'a le « fugueur » de l'établissement qui l'accueille.

Une autre attitude consiste à s'isoler dans sa chambre. Les directions d'établissement encouragent toutes les repas collectifs et certaines formes de vie commune (animations) sur lesquelles on reviendra. Mais il n'existe aucune contrainte et les résidents peuvent, s'ils en expriment le désir, échapper à cette vie commune. Il s'agit, semble-t-il, d'une minorité. Mais le décompte des « abstentionnistes » est rarement pratiqué.

Enfin certaines personnes choisissent de garder le silence. Ce silence volontaire se sépare mal de l'incapacité de s'exprimer du fait d'un état mental. Il existe néanmoins. Lors d'un entretien, une personne qui faisait bénéficier des résidents de son établissement de séances de sophrologie confiait qu'après l'une de ces séances, une personne jusqu'alors entièrement muette s'était mise à parler naturellement. Là encore, des inventaires individuels plus précis mériteraient d'être faits.

Pour terminer sur ce point, on doit indiquer que les personnes accueillies en EHPAD ne sont pas seules à devoir s'accoutumer à la vie de l'établissement. Elles peuvent être visitées, secourues et soutenues par des membres de leurs familles, ce qui n'est pas le cas de toutes les « institutions totales » déjà mentionnées. Quelques rares personnes vivent en couple, dans les chambres doubles qui peuvent exister dans les EHPAD, ou bien sont admises avec un proche, comme cette mère de 92 ans et sa fille de 73 ans dans un établissement du 20ème arrondissement. De surcroît, le degré de dépendance de beaucoup conduit à mettre en œuvre les mesures de protection prévues aux articles 415 et suivants du code civil (curatelle et tutelle, sauvegarde de justice, mandat de protection future) assurées par une association, un membre de la famille ou un tuteur privé et même, parfois, par l'établissement d'accueil. Il existe aussi des personnes de confiance, désignées par les résidents à l'entrée dans l'établissement, prévues par l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles. On reviendra sur le rôle des uns et des autres. Contentons-nous de marquer ici que bien des résidents ne sont pas seuls en ce qu'ils peuvent compter éventuellement sur l'aide d'un tiers à l'établissement. Mais on doit aussitôt, *a contrario*, relever que certaines personnes hébergées sont absolument seules : ou bien elles n'ont pas (ou plus) de famille ; ou bien leurs proches se désintéressent de leur sort. De manière regrettable, des responsables d'établissement ont des difficultés à identifier parmi leurs résidents ceux qui ne peuvent attendre aucun secours affectif ni matériel du dehors. Ces derniers méritent cependant une attention particulière.

Faut-il, en définitive, qualifier cette population de « vulnérable ». On sait la fortune de ce terme (un « raz de marée » a écrit un commentateur juridique), encore multiplié lors de la pandémie de la COVID-19. Le terme de « vulnérable » a deux sens juridiques : celui du code pénal, qui définit comme circonstance aggravante les atteintes à une personne « dont la particulière vulnérabilité [est] due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse » (art. 314-2 ; cf. également l'art. 225-13) ; celui du code civil, selon lequel « toute personne dans l'impossibilité de pourvoir seule à ses intérêts en raison d'une altération, médicalement constatée, soit de ses facultés mentales, soit de ses facultés corporelles de nature à empêcher l'expression de sa volonté peut bénéficier d'une mesure de protection juridique » (art. 425) ce qui implique donc deux conditions : non seulement une altération physique ou mentale, mais aussi l'incapacité qui en résulte de ne pouvoir gérer ses propres affaires. Si le sens pénal pourrait conduire à regarder comme « vulnérables » beaucoup de résidents d'EHPAD (pour une application, voir Cass. Crim. 15 juin 2010), il en va autrement de la portée des dispositions du code civil : d'ailleurs

« seulement » 29% des personnes accueillies en établissement pour personnes âgées (notion, répétons-le, plus large que celle d'EHPAD) bénéficient d'une protection juridique.

Plutôt que de retenir ce terme trop entendu, il paraît plus opportun de souligner le caractère asymétrique des relations qui s'établissent dans les EHPAD entre les résidents et le personnel. Aux uns la dépendance sur bien des éléments « des actes quotidiens de la vie » (article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles), y compris ceux de l'intime (toilette), à l'autre la maîtrise de l'organisation de l'existence, du temps, de l'espace et des moyens.

b/ Le personnel

Comme pour les résidents, à l'exception de quelques traits qu'on fera valoir, il n'y a pas de raisons de penser que les traits du personnel propre aux EHPAD parisiens se distinguent de ceux déjà observés au plan national.

1.Le premier de ces traits est la diversité des métiers intervenant en EHPAD avec, dans chacun d'eux, une forte hiérarchie existante entre les différentes catégories d'agents.

On connaît bien les métiers de la santé, qui ne sont pas sans rappeler ceux de l'hôpital, dont les effectifs sont majoritaires dans les EHPAD.

Au sommet, le médecin coordonnateur prévu par les textes, dont les conditions d'emploi (lorsqu'il existe) sont variables, comme on le verra. Il est entouré de professionnels paramédicaux dont le plus important est l'infirmier, cadre de santé, coordonnateur des soins ; son poste est exceptionnellement redoublé par un autre cadre de santé, en charge de la gestion des personnels soignants. La règle (code de l'action sociale et des familles, articles D. 312-155-01 et 02) prévoit en outre la présence « 1° D'un psychomotricien ou d'ergothérapeute ; 2° D'un assistant de soins en gérontologie ; 3° D'un psychologue pour les résidents et les aidants. » dans les unités de droit commun et, dans les « unités d'hébergement renforcé » (lire : les unités « Alzheimer »), outre les précédents, un infirmier (spécialisé), « un aide-soignant ou une aide médico-psychologique ou d'accompagnement éducatif et social, un assistant de soins en gérontologie, un personnel soignant la nuit ». Ces prescriptions restent largement théoriques. Comme l'est cette disposition du code qui prévoit la possibilité pour les EHPAD d'employer, outre le médecin coordonnateur, des médecins, odontologistes et pharmaciens. Les visites n'ont pas permis de constater que cette possibilité était mise à profit : il existe (rarement) un pharmacien à temps très partiel et (plus fréquemment), un dentiste libéral qui vient effectuer des soins, par exemple une fois par semaine, en application d'une convention passée avec l'EHPAD. Il en va de même dans presque tous les établissements concernés de prestations assurées par des kinésithérapeutes, alors même que le code n'en fait pas mention. On peut penser que d'autres professionnels interviennent selon des modalités comparables (orthophonistes, orthoptistes…) mais il n'en a jamais été fait mention dans les visites effectuées ce qui laisse à penser que, s'il existe, ce rôle est résiduel.

à ces professionnels s'adjoignent, selon l'importance de l'établissement, cinq autres infirmières (IDE) en moyenne et, les plus nombreux – ou plutôt les plus nombreuses, puisque ces agents sont exclusivement des femmes (dès lors qu'on n'admet implicitement pas que des hommes fassent la toilette de femmes âgées) -, des aides-soignants qui assurent les fonctions élémentaires de prise en charge des personnes (lever, coucher et déplacements, toilette…) et des auxiliaires de vie sociale (AVS) plus centrées en principe sur des tâches moins en relation directe avec le corps des personnes hébergées (entretien, repas…). Dans la réalité toutefois, le rôle des aides-soignantes et AVS ne se distinguent pas toujours, semble-t-il. Ils (elles) comptent pour le quart des effectifs.

Ces personnels soignants sont chargés de prodiguer des « soins de base » nécessités par l'état physique ou mental des résidents, qui sont naturellement d'autant plus nombreux que l'état de dépendance des résidents (mesuré avec les GIR et le GMP) est important ; et des soins médico-techniques dispensés sur prescription médicale, dont l'importance est déterminée – on ne commentera pas ici cette inflation du jargon de la bureaucratie des soins – par le « Pathos moyen pondéré » (ou PMP) qui recense les pathologies gériatriques les plus fréquentes, en déduit des profils de soins puis, par établissement, les besoins en professionnels (médecins, infirmiers, psychologues…) requis par les couples (238 en tout) pathologies-soins. On retrouve là une parenté avec les techniques d'évaluation des besoins mises en œuvre à l'hôpital.

En effectifs beaucoup plus réduits (la moitié des aides-soignants), sont les agents chargés des services généraux de l'établissement : cuisine, blanchissage, maintenance… La quasi-totalité des établissements visités comporte une cuisine avec un personnel spécialisé, assurant donc la fourniture des repas en liaison chaude. Le chef de cuisine est un personnage cardinal, compte tenu de l'importance attachée à la qualité des repas dans des « institutions totales » comme les EHPAD. En-dehors de lui, les effectifs affectés à la préparation des repas sont variables : un ou deux aides. Un autre agent d'importance est le technicien de maintenance qui pourvoit à la réparation des petites pannes (électricité, plomberie) qui peuvent survenir et dont la rapidité de résolution est également essentielle. Il peut aider les résidents à aménager leur chambre, en particulier pour l'accrochage de tableaux ou photographies sur les murs, dont l'intégrité est strictement maintenue dans la plupart des établissements. Il faut enfin relever que les établissements – privés comme publics – ont fréquemment recours à la sous-traitance pour un certain nombre de tâches matérielles, en particulier pour le nettoyage des locaux, ou le blanchissage du linge plat. Peu de responsables ont fait connaître des plaintes sur la qualité des prestations ainsi fournies, bien au contraire.

Comprenant environ 2% des effectifs des EHPAD (toujours selon la DREES), existent les emplois voués à l'animation, à l'éducation, aux démarches sociales. Leur origine comme leur rôle sont divers. Le rôle le plus important est joué par l'animateur (animatrice) en charge de la plupart des activités proposées dans la journée aux résidents, y compris à l'extérieur de l'établissement, ce qui exige de lui un rôle aux facettes multiples. L'origine de ces agents est très diverse : un animateur rencontré était un professeur de musique de collège en

disponibilité ; d'autres sont venus par l'intermédiaire d'expériences auprès d'autres publics (jeunes, par exemple) ou d'autres formes d'expression artistique.

Enfin les emplois de direction et de gestion – qui représentent 6% des emplois des EHPAD – comportent un emploi de directeur (directrice en majorité), un autre de directeur-adjoint et, a minima, un agent chargé ou bien de l'hébergement ou bien de la comptabilité et de la gestion. Là encore, la diversité des profils des directeurs ou directrices est un élément important, favorisé sans doute par la circonstance qu'un diplôme bac+5 est exigé pour ces fonctions. Beaucoup d'anciennes infirmières, certes, sont venues à ce métier, mais aussi des cadres d'entreprises de production ou de services, étrangères au domaine des personnes âgées, ayant changé d'orientation, fréquemment par attrait d'une fonction utile à ces dernières.

La coexistence entre ces différentes fonctions, aux priorités distinctes, ne va pas tout à fait de soi. Pour faire vite, il suffit de marquer que le « couple » directeur (ou directrice) médecin coordonnateur reproduit assez fidèlement ce qui arrive à l'hôpital entre le directeur et le président de la commission médicale d'établissement. Ou bien le premier considère que toutes les décisions relèvent, en dernier ressort, de sa compétence et s'appliquent par conséquent à tous, y compris au médecin coordonnateur ; ou bien il existe une stricte division du travail, le directeur estimant qu'il n'a pas à interférer avec le processus de soins, par conséquent avec les décisions prises par le médecin coordonnateur ou l'infirmière coordonnatrice (le cas corollaire d'un médecin imposant ses décisions dans tous les domaines n'est pas apparu).

Il apparaît clairement qu'un fonctionnement optimal des EHPAD repose partiellement sur des intervenants extérieurs, rétribués ou bénévoles. On l'a mentionné pour un certain nombre de paramédicaux ou de sous-traitants. Dans le domaine des activités en particulier, qui pèse lourd dans la qualité de vie d'un établissement, la gamme des propositions de présentations ou représentations, de sorties, de conférences, repose sur la faculté de l'animateur de mobiliser des réseaux externes. De même, la possibilité d'assister les résidents pour se rendre au-dehors (courses, consultation à l'hôpital…) dépend-elle de la capacité de l'établissement à mobiliser des accompagnants (« dames de compagnie », ambulances…). Un EHPAD visité dans le 12ème arrondissement a su mobiliser très efficacement les proches des résidents et offre ainsi des services étendus aux personnes accueillies. Les soins esthétiques (coiffeur, esthéticien, pédicure…) si importants pour la dignité de ceux qui en bénéficient, en sont une autre illustration. Ce qu'on veut souligner ici est que le bonheur ou le malheur des résidents ne dépend pas seulement des seuls effectifs de l'établissement, fussent-ils au complet (on verra plus loin que ce n'est pas le cas), en vertu des règles applicables, mais dans la capacité de ce dernier à mobiliser autour de lui les personnes dont il ne dispose pas lui-même. Le pari d'une « nouvelle vie » positive en EHPAD, défendu par des directeurs (directrices) dignes d'éloges, ne repose pas seulement sur des calculs de taux d'encadrement, mais sur un ensemble de professions et de bénévoles très variés agissant autant que possible de manière

coordonnée. Une bonne perception des établissements passe donc par l'examen d'une telle mobilisation.

Au regard de ces divisions fonctionnelles, que viennent sanctionner des règles de financement distinctes), existent aussi d'autres différences entre les agents, qui pèsent significativement dans la vie des établissements. On doit souligner l'omniprésence, dans tous les établissements, d'un nombre important, variable selon les EHPAD, les périodes et les métiers, d'agents de statut précaire – intérim ou contrats courts – qui occupe toujours une part significative des emplois.

Il est fait recours à ces agents, qu'on peut donc opposer aux agents titulaires de contrats à durée indéterminée, pour au moins trois raisons. La première est un fort taux d'absentéisme marquant le personnel, en particulier parmi les aides-soignants. On ne saurait en être surpris, d'une part en raison des conditions de vie familiales de ces agents (mères de famille, avec un conjoint ou non, résidant loin du lieu de leur travail) ; d'autre part en raison du sens qu'ils donnent eux-mêmes à leurs fonctions professionnelles : plus ce sens diminue, plus l'absentéisme s'accroît, comme l'a établi la DARES (août 2021, *Document d'études* n° 249) ; à n'en pas douter, une part des salariés, comme il nous a été confié, éprouve une grande lassitude à l'égard de leurs fonctions (un autre indice de même nature pourrait être le nombre d'abandons de poste, apparemment élevé). La deuxième est la difficulté de pourvoir à certains emplois, sur laquelle on va revenir. La troisième est l'appétence d'un certain nombre de salariés pour ce type d'emplois. Même si l'EHPAD paraît moins contraignant que l'hôpital à beaucoup, cette préférence relative cède devant un métier répétitif et sans guère de perspectives. Une directrice nous indique que, depuis trois mois, elle recherche différents emplois pour son établissement : pour un emploi de plongeur en cuisine, elle a eu cinq cents demandes, la quasi-totalité de personnes étrangères sans références de travail et, peut-on supposer pour certaines, sans titre de séjour ; pour en emploi d'aide-soignant, cinquante réponses, toutes de salariés non-diplômés et, pour beaucoup, de références montrant d'évidentes inaptitudes dans les emplois antérieurement occupés ; pour un emploi d'infirmier, un seul écho, provenant d'un médecin tunisien, encore à l'étranger (devant donc obtenir la régularisation de son séjour et six mois de stage avant d'obtenir la permission d'exercer en France). On reviendra plus loin sur ces difficultés.

Cette situation a deux conséquences.

La première pour la vie dans les établissements. Les titulaires de contrats précaires sont moins connus des personnes âgées, qui peuvent s'alarmer de ces visages nouveaux qui ne leur sont pas familiers. Or la familiarité est sans doute un élément essentiel de l'existence des résidents. Corollairement, ces agents connaissent mal les personnes dont ils ont la charge. Les « CDI » évoquent volontiers une application abstraite de leurs tâches par les « CDD », indépendante des vrais besoins des résidents ; un aide-soignant d'expérience, racontent-ils, organise le tour des toilettes du matin en tenant compte des habitudes des uns et des autres : commencer par celui qui entend se lever tôt et laisser dormir celui qui le souhaite pour le laver à la fin ;

l'inexpérimenté va entreprendre les toilettes en commençant par une extrémité du couloir de l'étage, pour finir à l'autre. Les exemples pourraient être multipliés.

La seconde concerne le choix, par certains salariés, de refuser les contrats à durée indéterminée pour demeurer volontairement en intérim ou en vacation. Cette tendance, qui ne peut être chiffrée, paraît néanmoins prononcée et, d'ailleurs, plus large que dans le seul secteur des EHPAD. Le choix a des avantages pour le salarié : une meilleure rémunération et la possibilité de renoncer fréquemment à un emploi jugé peu attractif. Mais, en réalité, beaucoup restent attachés au même établissement où ils reviennent fréquemment. Chaque directeur, chaque directrice, a ainsi sa liste de vacataires, dans laquelle il ou elle puise, en particulier lors des congés d'été ou des absences de longue durée. Ces salariés qui reviennent régulièrement échappent ainsi pour partie à l'opposition « CDI » - « CDD » indiquée précédemment. Mais ce maintien dans un contrat précaire permet aussi à beaucoup de travailler, sans l'indiquer aux employeurs concernés, dans plusieurs établissements. Les responsables d'établissement font tous état de cette situation, sans pouvoir en donner une estimation. Mais, là encore, l'opposition entre « CDI » et « CDD » est moins forte qu'il n'y paraît : il est dit, de manière certaine, que des salariés en CDI travaillent aussi dans plusieurs établissements (deux au plus, peut-on imaginer) de manière à accroître leur rémunération. Il est facile d'imaginer quels retentissements ces choix peuvent avoir sur la qualité du travail fourni.

Une dernière distinction doit être abordée de front, si contraire au principe d'égalité soit-elle. Elle oppose les salariés d'origine française ancienne, blancs de peau, et ceux de nationalité française, provenant d'outre-mer, ou d'Afrique, ou étrangère, dont la couleur de peau témoigne de l'origine. A Paris, la distinction s'établit clairement : les emplois faiblement qualifiés sont massivement occupés par des personnes d'origine antillaise, arabe ou africaine à l'inverse des emplois qualifiés (comme les fonctions d'animateur ou de médecin). Il en va autrement, selon ce qui a été indiqué, notamment par des responsables des groupes privés ayant des établissements en province, dans les petites villes, dans lesquelles les aides-soignants ou les auxiliaires de vie restent largement d'extraction nationale ancienne. Peut illustrer l'opposition cette réunion de transmission (des faits et consignes) regroupant autour d'un infirmier, à l'EHPAD de Villers-Cotterêts, tous les aides-soignants de l'établissement : sur vingt participants, deux étaient d'origine africaine ; dans les EHPAD de Paris, la quasi-totalité des présents aux réunions de transmission le sont, sauf – souvent – l'infirmier coordonnateur et le médecin.

Cette situation de fait doit être évoquée car elle a deux conséquences. Elle peut induire, en premier lieu, des tensions entre les personnels de diverses origines. La question n'est jamais directement abordée mais elle transparaît néanmoins dans certains témoignages. Dans un EHPAD, il a été fait état de pratiques coutumières pouvant aller à l'encontre des consignes hiérarchiques, suscitant des oppositions d'autres agents. Elle peut surtout, en second lieu, des réactions mitigées ou hostiles de résidents. Des aides-soignants, sollicités sur ce point, font

état d'épithètes ou de remarques ouvertement racistes de personnes âgées. Cette situation ne peut surprendre. Depuis longtemps, les rapports de la Commission nationale consultative des droits de l'homme sur la lutte contre le racisme, l'antisémitisme et la xénophobie relèvent que le racisme est inégalement réparti entre générations, les plus de soixante ans se déclarant racistes en plus grand nombre (20% contre 6% des 18-24 ans, selon le rapport 2022). Les personnels adoptent d'ailleurs spontanément ce point de vue, lorsqu'ils expliquent que de tels propos s'expliquent par l'âge de leurs interlocuteurs. Il n'empêche : de tels comportements explicables, sûrement minoritaires et, pour le moins, maladroits ajoutent une tension supplémentaire dans le travail de nombre d'agents, quelle que soit leur qualité professionnelle.

Il faut, en effet, évoquer au moins succinctement les conditions de travail en EHPAD de ceux qui sont au plus près des résidents. Ces conditions sont difficiles car exténuantes et ingrates.

Exténuantes. Les journées de travail sont longues, d'autant plus qu'à Paris, elles sont précédées et suivies de longs temps de trajet domicile-travail, en raison des loyers parisiens élevés, incompatibles avec les rémunérations perçues : a été mentionné, par exemple, le cas d'un salarié résidant à Sainte-Gauburge-Sainte-Colombe, dans l'Orne (à 140 km de Paris). Dès qu'on s'éloigne de la capitale, il en va autrement, ce qui encourage la fidélisation dans l'emploi ; tel est le cas, par exemple, à l'EHPAD de la Ville de Paris de Boissy-Saint-Léger. Mais les cadres des établissements, sensibles à cet aspect, ont des difficultés à le mesurer précisément.

La tâche d'aide-soignant ou d'infirmier exige une constante attention (par exemple dans la distribution des médicaments trois fois par jour) et une disponibilité de tous les instants. Il est vrai que les dispositifs d'alerte (interrupteur à l'extrémité d'un fil près du lit, très souvent préféré au signal en collier accroché au cou, jugé dangereux) dans les chambres ne sont pas maîtrisés ou maîtrisables par tous les résidents, ou présentent des défectuosités. Mais les sollicitations, si elles ne sont pas trop fréquentes dans les temps de repos (l'après-midi), surviennent toujours à l'improviste et parfois simultanément. Pas seulement du fait des résidents, mais aussi de leurs proches, qui ont naturellement libre accès aux locaux. Des temps d'attente prolongés dues aux mouvements (en particulier les files devant les ascenseurs avant et après le déjeuner ou, dans une moindre mesure, le dîner, ou à l'occasion des activités) alternent avec des moments d'urgence.

Les toilettes sont une épreuve redoutable. Un médecin robuste qui en a pratiqué indique qu'au terme de trois personnes prises en charge à ce titre, la fatigue se fait sentir ; il fixe à cinq le nombre maximal de personnes pouvant être ainsi lavées le matin. Or, en EHPAD, comme on le verra ci-après, chaque aide-soignant peut avoir à en prendre en charge dix à douze.

Ingrates puisque, si le dialogue est beaucoup plus soutenu, même avec les personnes atteintes de troubles neuro-dégénératifs (dont les émotions restent intactes) qu'on pourrait l'imaginer au premier abord – on s'exprime aussi avec les yeux et le geste -, le temps manque

terriblement pour le tenir. La plupart des aides-soignantes rencontrées font part de leur regret de ne pouvoir tenir des conversations avec les résidents en raison du rythme soutenu de leur activité. Elles indiquent aussi perdre, de ce fait, une part de l'intérêt de leur travail.

A l'exception de l'une d'elles, qui a soutenu qu'elle se gardait de s'attacher aux résidents, pour garder intact le professionnalisme du métier, toutes les autres font valoir que l'attachement porté aux personnes est une dimension essentielle de leur vie de travail. Mais cet attachement n'est pas toujours payé de retour. Il est bien vrai que, selon les témoignages, les marques de reconnaissance existent de la part de résidents ou surtout leurs proches. Mais ce n'est pas toujours le cas, comme il a été indiqué précédemment. Surtout, cet attachement se brise avec la fin du séjour, qui se prolonge de moins en moins (moins de deux ans pour les hommes, deux ans trois quarts pour les femmes), on l'a vu, et que se termine fréquemment par un décès : selon la DREES, pour l'ensemble des EHPAD, deux fins de séjour sur trois sont dues à un décès et les trois quarts de ces décès se produisent à l'établissement. La mémoire des efforts accomplis, qui donnent un sens aux tâches à faire, se perd très vite.

Enfin, parce qu'elles pénètrent dans l'intimité des personnes, le métier inclut aussi, pour parler à la manière d'Alain Corbin, une fréquentation du *stercus*. Un seul récit pour évoquer pourtant une réalité bien présente : une résidente, peu de temps après son arrivée, rentre dans sa chambre et y trouve un homme dans son lit l'ayant généreusement souillé : ce résident, atteint de troubles cognitifs et aussi de diarrhée, s'était trompé de chambre. « On a nettoyé » et tout s'est bien passé, termine le narrateur. Mais ce « on » est une personne et le nettoyage n'est pas une chose enviable. Il en va de même des changements de protection, « aussi souvent que nécessaire » prend soin de préciser le cadre d'un groupe privé lecteur du livre de Victor Castanet.

Comme l'exprime très bien une aide-soignante rencontrée à Paris, dans ces conditions, la qualité primordiale des aides-soignants réside moins dans la somme des formations reçues (certains interlocuteurs jugent sévèrement la brièveté – neuf mois – des enseignements conduisant au diplôme) que dans la patience dont ils savent faire preuve en toutes circonstances. Ou, pour reprendre des termes de responsables d'établissement, le *savoir-être* compte davantage que le *savoir-faire* : le premier, disent-ils, malheureusement ne s'apprend guère.

L'organisation du travail répond aux besoins d'une présence vingt-quatre heures sur vingt-quatre, sept jours sur sept.

L'équipe de nuit est réduite : souvent deux aides-soignants, avec une infirmière lorsque l'effectif le permet, ce qui n'est pas fréquemment le cas.

Les effectifs de jour sont naturellement plus étoffés, de sept heures le matin à dix-neuf heures, incluant deux pauses. L'organisation peut varier d'un établissement à l'autre. Ou bien il est prévu une équipe du matin et une équipe de l'après-midi, ou bien les agents alternent une « grande » semaine de quatre jours et une « petite » semaine de trois.

Les agents les plus expérimentés – et les plus patients – sont très généralement affectés dans les « unités protégées » s'il en existe : on trouve parmi eux, particulièrement, des trésors d'humanité de tous les instants. Les autres aides-soignants sont affectés dans les autres locaux (par étage le plus souvent à Paris, où tout est vertical). Pour eux se pose la question de l'équilibre des charges, dès lors que, du fait de la répartition des résidents, des unités peuvent se révéler plus lourdes que d'autres. C'est pourquoi, dans la plupart des établissements visités, les équipes permutent d'une unité à l'autre, d'un étage à l'autre, selon des rythmes très variables selon les EHPAD : un mois, trois mois, six mois ou à la demande (et à l'appréciation du directeur), selon les cas. Ces changements, mal perçus des résidents, qui perdent la « familiarité » de l'aide-soignant dont ils avaient pris l'habitude, sont également justifiés par la volonté de régler éventuellement des tensions entre personnes âgées et personnel. Mais cet argument a évidemment son contraire : c'est une autre cause de rupture dans les attachements qui auraient pu naître. Comme dans tous les autres services à la personne (et les services publics), l'organisation du travail est un compromis entre les exigences de la tâche à faire et les intérêts du personnel. Encore faut-il que les décisions prises en perçoivent tous les enjeux.

Il convient de terminer ce bref aperçu sur le personnel par la question lancinante -parce qu'essentielle – des effectifs d'agents rapportés à ceux des résidents, autrement dit du taux d'encadrement, déjà évoquée brièvement.

En la matière, déjà abondamment commentée, les aides-soignants et les infirmières ont, à tort ou à raison, le sentiment d'une aggravation de la situation : « Avant, explique l'une d'elles, nous étions trois pour vingt résidents. Aujourd'hui, nous ne sommes plus que deux. » Ce sentiment de régression alimente fatigue et désir, souvent entendu, de changer de métier : ainsi cette Ivorienne, en fonctions depuis douze ans dans un établissement, ce qui est une durée exceptionnelle, qui affirme qu'elle a décidé d'arrêter.

La réalité, telle qu'elle ressort des travaux de la DREES – dont le constat ne porte malheureusement que sur les années antérieures à 2015 –, est plus nuancée. Le taux d'encadrement des EHPAD s'est amélioré de 2011 à 2015 (passant de cinquante-neuf emplois équivalents temps plein pour cent places installées à soixante-trois). Autrement dit, les choses vont en s'améliorant. En outre, les EHPAD des grands pôles urbains (dont Paris) apparaissent plus favorisés que les autres en la matière.

Mais, d'une part, ces données restent à confirmer pour la période récente (pandémique). D'autre part, il convient (comme le fait la DREES) d'examiner ces données métier par métier et selon les établissements (les établissements dont les résidents ont un GIR élevé sont mieux encadrés, comme le veut le dispositif ; ceux de statut public, en particulier les EHPAD hospitaliers, ont aussi un meilleur taux d'encadrement). Enfin, il est frappant de constater que, dans tous les établissements visités, la gestion des effectifs est fragile et difficile : les vacances, les départs, les congés de maladie placent les responsables et les professionnels en situation délicate : les premiers pour trouver, par des recherches multiples (réseaux personnels), des

remplaçants ; les seconds pour suppléer tant bien que mal leurs collègues absents (venir en aide aux aides-soignants de l'étage au-dessus…), ce qui manifeste une solidarité indiscutable mais engendre des fatigues supplémentaires.

En tout état de cause, si une amélioration s'est produite, elle est loin de régler les aléas d'un encadrement demeurant insuffisant. Dans la généralité des établissements visités, les résidents sont regroupés (hors unités d'hébergement renforcées ou PASA) par étages de vingt-deux à vingt-sept lits. Très généralement, deux aides-soignants seulement y sont affectés. Il en résulte un travail harassant et inachevé, le plus souvent démotivant.

D/ Eléments conjoncturels

A ce tableau d'ensemble, qui s'inscrit dans la longue durée, et qui s'est traduit, à la fin des années 2010, par des mouvements sociaux inédits et importants dans les établissements, on doit ajouter deux éléments conjoncturels, fréquemment évoqués dans les visites effectuées.

a/ Les suites du SARS-CoV 2

Dans un ensemble d'établissements en proie aux difficultés qui viennent d'être évoquées, le SARS-CoV-2, à compter de l'hiver 2019-2020, a joué le rôle de révélateur et d'amplificateur d'une crise latente. Ses effets se font encore sentir aujourd'hui.

Effets d'abord sur les personnes âgées. Elles ont été condamnées à vivre isolées dans leur chambre, sans contact avec l'extérieur autre que du personnel revêtu de tenues de protection. Il a été parfois indiqué que des dialogues avec les familles avaient pu être maintenus grâce à la mise en œuvre de moyens numériques (et de logiciels de type *Skype*), l'établissement se chargeant d'installer auprès du résident un ordinateur portable, ou fournissant un téléphone fournissant son et image. Dans la brutalité avec laquelle la pandémie est survenue, il est vraisemblable que ces moyens ont pu n'être mis en œuvre que progressivement et à petite échelle. Beaucoup de résidents ont vécu ces longues semaines du printemps 2020 entièrement seuls et des familles assurent aujourd'hui que cette solitude a conduit nombre d'entre eux à la mort, ce qu'il est difficile d'établir avec rigueur. Il est certain en revanche que nombre de décès brutaux sont survenus (en quelques heures bien souvent) alors que, dit-on, les hôpitaux débordés refusaient toute prise en charge. Il est tout aussi assuré que les conditions et les suites des décès (enfermement dans des sacs de plastique, transport en camion frigorifique) ont marqué durablement les esprits. On doit enfin rappeler que la maladie a frappé de manière imprévisible : trente morts dans un EHPAD (près de 30% de l'effectif) ; aucun disparu dans un autre.

Effets sur les personnels, ensuite. Si quelques agents ont déserté rapidement, beaucoup ont multiplié les efforts et le travail solidaire, ne comptant pas les heures de peine. Des responsables, mobilisés eux aussi, témoignent de cet engagement, qui a conduit des salariés à demeurer parfois sur place. On s'est dépensé sans compter, avec la peur panique de rentrer le soir parmi les siens en les contaminant avec un virus dont on ne savait que bien peu de

choses. Certains interlocuteurs assurent que le mal avait été quelque peu anticipé, en particulier par la distribution précoce de masques (contrairement aux premières recommandations publiques) ; mais cette indication est démentie par d'autres.

Quoiqu'il en soit, la pandémie laisse des traces encore aujourd'hui.

En premier lieu, elle a accentué cette tendance à l'isolement dans lequel certains EHPAD sont prompts à s'enfermer. Les dernières mesures de précaution (masques, vérification des vaccinations…) ont été levées le 1er août 2022. Mais l'accès aux EHPAD demeurent encore solidement contrôlé (codes d'accès, vidéoprotection, accueil vigilant) à la fois pour les entrées et aussi, par conséquent, pour les sorties. En deuxième lieu, et non sans paradoxe, l'ampleur des mesures de protection exigées par les pouvoirs publics en particulier à la fin de l'hiver 2019-2020 est jugée par beaucoup (médecins et directeurs) excessive. Certains d'ailleurs n'ont pas suivi les consignes ; des établissements visités n'ont jamais fermé leurs portes. En troisième lieu, la pandémie a fait disparaître nombre de concours extérieurs dont bénéficiaient les EHPAD ; ainsi les associations, privées d'accès, ont été privées de leur objet ; leurs militants ont disparu ; les contacts avec les écoles du voisinage ont dû prendre fin ; le lien est parfois difficile à rétablir, avec une pandémie qui se prolonge. En quatrième lieu, le dialogue avec les proches a souffert de cette fermeture souvent incomprise ; une méfiance s'est instaurée. En cinquième lieu, de manière plus positive, la vaccination ne paraît pas avoir rencontré d'obstacles insurmontables : la quasi-totalité des résidents ont reçu, au début de l'été 2022, leur quatrième dose de vaccins et, si des cas d'opposition à la vaccination (suivis de mise à pied) ont été signalés parmi le personnel, ils paraissent, selon les nombres mentionnés, très minoritaires.

Il reste qu'aujourd'hui la pandémie se poursuit. Dans un établissement visité, sept cas de contamination au SARS-CoV-2 étaient identifiés, les malades encore strictement confinés dans leur chambre et le personnel astreint à de fastidieuses précautions d'hygiène pour pénétrer dans celle-ci (« On prend l'habitude » dit en riant une aide-soignante).

Il reste aussi que le personnel, à tort ou à raison, se sent sevré de reconnaissance après tous les efforts consentis. Ce qu'il attend est sans doute malaisément définissable mais le sentiment d'avoir à tout « recommencer », comme si rien ne s'était passé, domine et ne contribue pas à améliorer le climat général.

b/ Un scandale vu par les médias

La publication, au début de l'année 2022, de l'enquête rigoureuse de Victor Castanet a, elle aussi, provoqué des effets multiples même si l'ouvrage porte moins sur les EHPAD que sur les pratiques d'une entreprise privée déterminée qui, pour maximiser ses profits, ne craint pas d'une part de diminuer les prestations indispensables aux personnes âgées, d'autre part de contourner les règles de subventionnement.

Malheureusement, l'écho justifié donné à cet ouvrage a consisté davantage à mettre en doute les manières de faire des EHPAD qu'à jeter le discrédit sur certaines pratiques d'entreprises.

La vérité ainsi réduite avait le triple avantage de concerner le « grand public », d'être simple à comprendre et d'éviter de mettre en cause le système économique qui est le nôtre.

Dans les formes où elle a été présentée, l'analyse a eu incontestablement des effets bénéfiques : elle a intéressé (momentanément) l'opinion au fonctionnement des établissements ; elle a contraint les pouvoirs publics à entamer un travail de vérification en ordonnant de multiples enquêtes sur pièces ou sur place ; elle a, surtout, contraint l'entreprise mise en cause à modifier sa politique, et ses concurrentes à redoubler de vigilance pour ne pas être fâcheusement assimilé au mouton noir (un avocat a annoncé néanmoins solennellement le dépôt de près de quatre-vingts plaintes dirigées contre une autre entreprise).

Mais les commentaires ont eu aussi des effets moins heureux. Au moins deux.

Conjointement avec les EHPAD, le discrédit s'est étendu à leur personnel. Cet amalgame a été incompris et mal vécu. Du côté des responsables on raconte à l'envi ces dîners en ville où les convives poussent des cris d'effroi : « Comment peux-tu travailler dans un EHPAD ? ». Du côté des personnels soignants, la situation est pire : comment être en accusation avec le mal mis à remplir sa tâche ? Le malentendu est radical et contribue encore, s'il en était besoin, au découragement. Que, par contrecoup, sur le marché du travail, les hésitations à répondre positivement aux offres d'emploi des EHPAD s'en trouvent renforcées n'aurait, dans ces conditions, rien de surprenant.

Du côté des familles, déjà d'ordinaire réticentes à conduire un parent en établissement d'accueil, la méfiance se trouve en quelque sorte justifiée (« On s'en doutait bien ») et, du même coup, renforcée. Les conséquences de la tempête sont les mêmes que celles de la COVID-19 : l'âge d'entrée en EHPAD va sans doute encore s'élever, dès lors qu'on retardera au maximum (jusqu'au-delà des limites du supportable) la fin du maintien à domicile. Si ce mouvement était avéré, l'état de santé des entrants s'en trouverait encore plus affecté, avec toutes les conséquences sur la vie collective et le travail du personnel, à l'encontre de ce qu'il convient de rechercher. Une spirale descendante est ainsi entamée.

Ce tableau général étant dressé, il convient de s'interroger de manière plus précise sur les droits fondamentaux qui, à l'issue des visites réalisées, semblent les plus menacés, et sur les remèdes qui peuvent contribuer à les rétablir.

DEUXIÈME PARTIE : PÉRILS D'AUJOUD'HUI ET REMÈDES POSSIBLES

I – Des droits fondamentaux en péril

Tous les droits fondamentaux ne trouvent pas à s'appliquer également dans les établissements pour personnes âgées dépendantes et certains sont voués à rester, sinon lettre morte, du moins marginaux (le droit de se marier, le droit d'association). D'autres, au contraire, sont de première importance dans la vie collective (absence de discrimination, possibilité d'un recours effectif). Parmi ces derniers, quatre nous paraissent devoir faire l'objet d'une attention particulière, en raison des difficultés qui accompagnent aujourd'hui leur mise en œuvre.

A/ Le droit à la vie

C'est ainsi qu'est formulé l'article 2 de la Convention européenne des droits de l'homme, l'article 6 du Pacte des Nations Unies pour les droits civils et politiques, l'article 2 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne.

On peut hésiter à reprendre une telle expression, tant les risques d'incompréhension ici sont grands dans une activité où sont en cause les personnes âgées.

Il est par conséquent nécessaire d'analyser soigneusement la portée de la formule pour les EHPAD. Elle prend sens avec ce qui a été rappelé dans la première partie : ces droits n'interdisent pas aux Etats seulement de « laisser faire » ; ils les contraignent de prendre les mesures positives qui font obstacle à leur réalisation. Ce n'est qu'ainsi que peut se comprendre l'exigence du « droit à la vie ». Autrement dit, trivialement, il ne s'agit pas tant de ne pas faire mourir la personne humaine, mais que tout soit mis en œuvre pour œuvrer pour son bien-être.

Dans les institutions, comme les EHPAD, dans lesquelles l'établissement prend à sa charge la santé des personnes (en les nourrissant, en les accompagnant…), cette exigence a trois aspects distincts :

- Fournir à chacun un environnement adapté au maintien de sa santé ;
- Adapter les soins que requièrent la maladie et la dépendance à l'état de chacun ;
- Sortir en temps utile la personne de l'établissement lorsque ce dernier n'a plus la capacité de le prendre en charge (en particulier pour l'emmener à l'hôpital).

Ces objectifs sont d'autant plus délicats à atteindre que, comme il a été rappelé précédemment, l'état de chaque personne évolue en fonction de son âge et des affections dont elle souffre. Il convient donc d'adapter la prise en charge du résident à son état : ce que

signifie, par exemple, le passage d'une unité de droit commun à une unité d'hébergement renforcé. C'est dans cette intention que la réglementation (3° de l'article D. 312-55-0 du code de l'action sociale et des familles) prévoit pour chaque résident un « projet d'accompagnement individualisé » correspondant aux nécessités et aux habitudes personnelles. De surcroît, les EHPAD ont d'emblée une connaissance précise de chaque entrant. L'article L. 311-4-1 du code rend possible l'adjonction au contrat d'entrée d'une annexe qui précise « les mesures particulières à prendre… pour assurer l'intégrité physique et la sécurité de la personne », qui sont définies collégialement après « examen du résident ». Lorsque l'entrant provient d'un hôpital, son dossier est accessible au médecin coordonnateur.

L'état du système de soins en France rend ces obligations malaisées à mettre en œuvre. Cet état de fait est désormais suffisamment identifié pour qu'on se limite ici à en rappeler les traits essentiels.

Le dispositif imaginé par la réglementation pour les soins dans les EHPAD repose SUR la dualité d'un médecin coordonnateur, spécialisé en gériatrie, en principe à temps partiel (60% d'un temps plein pour les établissements de cent à deux cents places) et du médecin traitant de chaque résident. Le médecin coordonnateur (articles L. 313-12 et D. 312-155 et suivants du code de l'action sociale et des familles) « contribue, auprès des professionnels de santé exerçant dans l'établissement, à la bonne adaptation aux impératifs gériatriques des prescriptions de médicaments et des produits et prestations », coordonne l'activité de soins et assure la partie relative à la santé des contrats passés avec les résidents. Il ne prescrit qu'en cas d'urgence ou de défaillance du médecin traitant. Il dirige « une équipe pluridisciplinaire comprenant au moins un médecin coordonnateur dans les conditions prévues aux articles D. 312-156 à D. 312-159-1, un professionnel infirmier titulaire du diplôme d'Etat, des aides-soignants, des aides médico-psychologiques, des accompagnants éducatifs et sociaux et des personnels psycho-éducatifs » (article D. 312-55-0). Mais le code ajoute d'autres soignants requis pour les « pôles d'activités et de soins adaptés » (PASA) (article D. 312-55-0-1) ainsi que dans les « unités d'hébergement renforcées » (article D ; 312-55-0-2), par exemple un ergothérapeute ou psychomotricien et un assistant de soins en gérontologie.

Il est, en tout état de cause, très variable selon les établissements. Si tous les établissements visités pour la présente mission avaient un médecin coordonnateur, c'est loin d'être le cas dans l'ensemble des EHPAD (20% au moins n'en disposeraient pas selon l'Agence nationale d'appui à la performance et 25% ne sont pas occupés à hauteur du temps partiel prévu par les textes). Il est patent qu'il existe des difficultés de recrutement pour cette fonction. Surtout, les médecins traitants, chargés de poursuivre la prise en charge de chaque résident, ne jouent pratiquement aucun rôle. Beaucoup ne viennent jamais et l'on doit craindre que cette tendance ne s'accentue avec le départ à la retraite des générations les plus anciennes. A l'inverse, parmi ceux qui viennent, il en est qui sont employés à temps partiel et voient des résidents qu'ils ne connaissaient pas avant leur entrée en EHPAD ; ailleurs, ils viennent sans prévenir personne et sans aucune harmonisation avec les soins dispensés sur place. Le médecin coordonnateur, s'il l'accepte, est donc amener à jouer un rôle plus actif. Certains

établissements visités en ont tiré la conséquence, en embauchant un coordonnateur à temps plein qui devient médecin traitant de l'ensemble des résidents. Nous en avons rencontré, moins préoccupés de remplir la fonction bureaucratique prévue par le code, que passionnés par le soin (leur passé en témoigne) et très actifs dans la prise en charge des résidents. Mais c'est là un rôle dû à l'initiative de certains EHPAD Comme l'écrit la Cour des comptes dans un rapport remis au Sénat (Rapport de M. Bonne et Mme Meunier, n° 536, 2021-2022), « le manque de médecin traitant pour les résidents en EHPAD pose un problème aigu de santé publique ». Il faut donc revoir les principes en vigueur depuis 2005 sur la fonction médicale en EHPAD.

Ce n'est pas tout. Les difficultés de recrutement s'appliquent aussi aux infirmiers, y compris aux infirmiers cadres de santé coordonnateurs (IDEC). Ces derniers sont très souvent contraints de combler les vides résultant des autres emplois d'infirmiers vacants, au détriment de leur rôle de gestion de la qualité et du personnel. Le manque d'infirmiers est particulièrement criant la nuit. Beaucoup d'établissements ne fonctionnent qu'avec un effectif réduit d'aides-soignants. Si un groupe privé au moins et l'Agence régionale de santé, de son côté, ont mis en place une astreinte d'infirmier la nuit, avec possibilité d'appel téléphonique et si besoin, de venue sur place, cette possibilité n'est pas généralisée. D'ailleurs certains établissements n'y sont pas favorables et préfèrent recourir à des médecins libéraux (en l'occurrence *SOS-Médecins*) dont les délais d'intervention peuvent parfois être longs. En tout état de cause, la pénurie très sérieuse d'infirmiers génère un *turn-over* important, au détriment de la connaissance des résidents. En outre, l'absence de secrétariat administratif mobilise les présents pour des tâches d'écriture au détriment de leurs autres missions. Un établissement visité venait d'embaucher une secrétaire à l'infirmerie : le résultat apparaissait très positif.

Le recrutement d'autres professionnels est aussi problématique. Il existe en général un (ou le plus souvent une…) psychologue par établissement, dévolue aux résidents (parfois il en existe à temps partiel au bénéfice des salariés) chargée d'animer des ateliers thérapeutiques ou assurant – dans la limite de leur emploi du temps – des consultations individuelles, dans leur bureau ou dans les chambres. Malgré la grande qualité des psychologues rencontrés, on peut s'interroger sur leur capacité à satisfaire les besoins d'une centaine de résidents. Il ne nous a jamais été fait mention de psychiatre, alors que des résidents entrent désormais, comme on l'a indiqué, avec des maladies mentales en établissement, ce qui pose un autre « problème aigu » et alors que la part des psychotropes dans la consommation médicamenteuse est déjà élevée, relève la Cour des comptes (anxiolytiques dispensés à près de la moitié des résidents). S'agissant des autres professions, il est indiqué qu'il est « impossible » aujourd'hui de trouver un ergothérapeute en Ile-de-France : il en résulte que peu d'EHPAD en sont pourvus. En revanche, certains soins sont assurés par convention avec des libéraux, venant une ou plusieurs demi-journées par semaine. On a signalé que tel était le cas bien souvent pour les kinésithérapeutes, dont de trois à cinq sont, à tour de rôle, fréquemment présents.

Mais des pénuries de même nature que celle affectant les para-médicaux sont décelables pour les aides-soignantes qualifiées (et non pas pour les aides-soignantes non diplômées), outre la particularité, sur laquelle il n'y a pas lieu de revenir, de la juxtaposition de contrats indéterminés et de contrats précaires, et l'usage relativement usuel, semble-t-il, du double emploi.

Pour achever de dépeindre un tableau très sombre, on doit rappeler que si les liens avec l'hôpital (en général voisin, à Paris) sont assurés, les services de gériatrie sont en grave crise, ce qui contraint les établissements à aiguiller les résidents, transportés avec plus ou moins de savoir-faire (les appréciations des résidents sont diverses sur ce point), de préférence vers des services d'urgence surencombrés, avec les risques induits.

Comment tout cela se traduit-il dans la prise en charge des résidents ? De trois manières au moins.

D'une part, il existe de leur part un *lamento* très général sur l'impossibilité pour eux de voir un médecin quand ils le souhaitent. Sans doute, leur angoisse de ne voir personne qui puisse traiter avec compétence peut être sans rapport avec la gravité de leur état. Mais on doit savoir que, dans tous les établissements visités, existe une demande qui n'est pas satisfaite comme il le faudrait. Au surplus, les reproches évoquent des conversations rapides avec le médecin lorsqu'il vient, prodigue de bonnes paroles mais sans véritable dialogue ni investigation clinique. Cette situation est source de nombreuses angoisses.

D'autre part, et cette observation n'est pas sans rapport avec la précédente, la rareté des entretiens avec un médecin ou même un infirmier entraîne des retards dans le constat d'un état de santé qui peuvent être lourds de conséquences pour le résident. Un proche digne de confiance a évoqué l'absence de diagnostic d'une fracture du fémur de son épouse, incapable de s'exprimer, pendant quarante-huit heures (c'est une aide-soignante stagiaire qui a remarqué que cette femme, allongée, avait une jambe plus courte que l'autre). Certes, on ne peut demander aux aides-soignants d'établir le bilan exact d'un état de santé. Mais la douleur des personnes dépendantes devrait être perçue, y compris celle des résidents qui ne peuvent s'exprimer. Des réunions de transmission ont lieu tous les jours entre aides-soignants et infirmier (ou médecin), d'ailleurs dans des conditions généralement peu favorables, en raison de l'exiguïté des locaux de l'infirmerie. Elles sont destinées à alerter sur les troubles perceptibles. Il arrive néanmoins fréquemment qu'ils ne soient pas perçus en temps utile, au risque de graves désagréments.

Enfin, l'insuffisance du nombre de soignants ou d'aides-soignants, en particulier la nuit, ne permet pas de faire face dans de bonnes conditions aux urgences. Lorsqu'un résident, qui sait manœuvrer l'interrupteur d'appel, sonne, le délai de réponse peut être très long. En toute hypothèse, il est vécu comme tel. L'explication, plusieurs fois entendue, que l'EHPAD ne saurait garantir les mêmes délais de réaction qu'à l'hôpital, est partiellement fondée, mais ne

convainc pas entièrement. Redonnons la parole à la résidente qui a rédigé son « Journal de bord » : « Il y a quelques jours en allant aux toilettes, je suis tombée en pleine nuit vers cinq heures du matin. Personne à l'étage : ni médecin, ni infirmière, ni aide-soignante. Est-ce légal ? J'appelle au secours. Les résidents ne m'entendent pas ; ils sont endormis. Je suis restée plusieurs heures au sol dans la douleur – je pleure. (Je tiens à préciser que tous les week-ends et les jours de semaine se ressemblent – Absence de tout personnel médical les week-ends et en semaine. Est-ce légal. Juste une surveillante de nuit pour trois étages). Après ces heures d'attente et de souffrance physique et morale, le personnel de jour arrive et m'expédie en urgence à l'hôpital. » Les chutes la nuit font partie du quasi-quotidien des établissements ? Le seul moyen de les prévenir consiste à utiliser la contention. D'autres pourraient être trouvés.

Ces graves lacunes, qui affectent les établissements parisiens comme les autres EHPAD, mettent en cause le droit à la vie, au sens qui a été donné ci-dessus.

B/ Le droit de ne pas subir de traitements cruels, inhumains ou dégradants.

Ce n'est pas dans ces termes juridiques que la question est posée mais dans celui, devenu terriblement banal à propos des EHPAD, de « maltraitance ». L'Organisation mondiale de la santé définit ainsi la notion : « La maltraitance des personnes âgées consiste en un acte unique ou répété, ou en l'absence d'intervention appropriée, dans le cadre d'une relation censée être une relation de confiance, qui entraîne des blessures ou une détresse morale pour la personne âgée qui en est victime. Ce type de violence constitue une violation des droits humains et englobe les violences physiques, sexuelles, psychologiques ou morales ; les abus matériels et financiers ; l'abandon ; le défaut de soins ; et l'atteinte grave à la dignité ainsi que le manque de respect. »

La maltraitance est, par conséquent, le fait de celui ou celle qui a la charge, quel qu'en soit le titre, de la personne âgée. Elle peut être active ou passive ; unique ou répétée ; matérielle ou mentale.

Cette définition présente deux difficultés.

D'une part, par construction, elle ne prend pas en considération les mauvais traitements qui peuvent exister entre résidents. Or il existe, dans les établissements pour personnes âgées, des conflits de deux natures bien distinctes. En premier lieu, des querelles involontaires, provenant de personnes qui, souffrant de troubles cognitifs, ne maîtrisent pas leur conduite. Tel est le cas lorsque, lors d'errances diurnes ou nocturnes, une personne entre dans la chambre d'une autre, croyant qu'elle est sienne ou s'empare d'un objet dont elle pense qu'elle est le sien. En second lieu, des altercations peuvent survenir entre résidents, se

marquant par des insultes et pouvant aller jusqu'à des échanges de coups. Il existe dans les EHPAD des querelles de voisinage (bruit, odeurs…). Lors d'une visite, une telle scène s'est produite lors du déroulement d'une activité, l'après-midi, une femme laissant éclater sa colère parce qu'une autre lui demandait quelque chose de manière insistante et répétée. Il arrive que ces conflits surviennent en l'absence de personnel, lorsque les résidents sont laissés à eux-mêmes. On doit admettre que ces incidents sont difficilement évitables dans une collectivité et qu'ils ne présentent très généralement, pour regrettables qu'ils soient, aucun caractère de gravité. Il en irait autrement si une personne déterminée faisait l'objet d'une mise au ban des autres pensionnaires, ou encore tombait sous la coupe d'un autre résident. Jamais une telle situation n'a été évoquée lors des visites. On ne peut toutefois l'exclure a priori et il revient au personnel d'être vigilant sur ce point.

D'autre part, la maltraitance telle que définie se sépare parfois difficilement des mesures à prendre pour prendre en charge les personnes âgées. L'équilibre entre les nécessités de la prise en charge et la liberté de la personne est, dans les établissements, délicat à trouver dans certaines situations, d'autant plus que certains résidents se murent dans des attitudes de refus. De manière générale, comme nous l'avons constaté, les soignants s'efforcent d'éviter la contrainte. Dans la visite des locaux d'un établissement, la directrice relève qu'une chambre dégage une odeur *sui generis* ; l'aide-soignante indique que la personne qui l'occupe refuse de se laver. Il lui est rappelé qu'elle doit faire sa toilette. « Alors il faudra négocier » répond justement l'aide-soignante. Mais quel est l'équilibre à trouver entre éviter de contraindre une personne à se laver et la laisser dans la malpropreté ? La vie quotidienne des EHPAD est sans cesse confrontée à de telles questions, qui rendent la vision de la maltraitance malaisée.

C'est en partie pour cette raison que la maltraitance est un objet fantasmé. Personne n'est capable de la mesurer : une part reste invisible. La quotité de cette part peut donc faire l'objet de tous les commentaires : ou bien pour la nier, ou bien pour penser que la maltraitance est générale (« les trois quarts des résidents sont l'objet de violences » a-t-on entendu). On ne trouvera pas dans ces lignes de quoi apporter quelque certitude. Il est préférable, par conséquent, de recommander la modestie et la prudence en la matière, si important que soit le sujet et précisément pour ce motif.

Il est une maltraitance aisée à identifier : c'est celle d'un membre du personnel qui, intentionnellement, rudoie physiquement une personne. Selon les termes du médecin qui a évoqué cet épisode, le « fond de l'abîme » a été atteint lorsqu'une résidente, voici plusieurs mois, a été la victime d'un viol dans un EHPAD parisien. Des horreurs de cette nature sont rarissimes. On doit craindre davantage des atteintes corporelles plus subreptices, comme le fait de brutaliser une personne âgée à l'occasion de sa toilette, par exemple, précisément, parce qu'elle refuse d'être lavée, ou de la déplacer avec brusquerie d'un lit à un fauteuil, parce qu'elle n'a pris son repas la veille au soir.

D’autres formes de maltraitance sont moins visibles lorsqu’elles consistent à humilier la personne dont on a la charge, en n’accomplissant pas les services qui lui sont dus, ou en les effectuant de manière non professionnelle. Il est possible, par exemple, d’oublier d’aller chercher quelqu’un dans sa chambre, comme il est possible d’omettre de changer des protections lorsqu’il est nécessaire.

On peut également raccorder à la maltraitance un phénomène particulièrement répandu (comme dans beaucoup de lieux) dans les établissements : le vol. A l’entrée, il est toujours recommandé aux résidents de se défaire de leurs objets précieux ou de les placer au coffre de l’établissement. Malgré ces précautions, des biens disparaissent et les auteurs des vols sont rarement identifiés.

Les attitudes d’indifférence en constituent une autre forme. Il s’agit de bien peu de choses en apparence : ne pas frapper à la porte d’une chambre ; ne pas saluer ou demander des nouvelles… De telles postures sont pourtant profondément humiliantes en ce qu’elles renvoient la personne prise en charge à un statut d’objet

Enfin, on peut appeler maltraitance des actes qui résultent d’omissions, d’erreurs dues à la surcharge des personnels ou à des défauts d’organisation. Il en va ainsi lorsqu’un traitement médicamenteux contre la maladie de Parkinson, par exemple, n’est pas distribué à l’heure précise comme il doit l’être, parce que l’infirmier est occupé ailleurs. Malgré les précautions prises (médicaments conditionnés sous forme de « rouleaux » individuels), les erreurs de distribution ne sont pas rares. De manière qui prête moins à conséquence, les erreurs dans la redistribution des vêtements sortant de la blanchisserie sont également fréquentes.

Le point commun de tous ces évènements réside dans la souffrance qu’ils causent aux personnes qui en sont les victimes, qui se sentent particulièrement démunies pour protester (comment se plaindre d’un membre du personnel qu’on reverra demain ?) et, par conséquent, ressentent une profonde solitude lorsqu’elles sont ainsi agressées. Ce dont témoignent beaucoup de personnes entendues et aussi le « Journal de bord » déjà mentionné : « Aujourd’hui, y lit-on à la date du 20 juin 2022, je suis déprimée, épuisée, je suis dans le renoncement ». Et le 3 juillet suivant : « C’est l’omerta ici – indifférence – mépris – incertitude ».

La maltraitance rompt aussi la confiance que les familles peuvent avoir dans le personnel (même si certaines peuvent aussi avoir une méfiance d’emblée à l’encontre de l’établissement, pour de multiples raisons). Pour cette raison, chaque saute d’humeur du proche parent ou chaque signe corporel peut être surinterprété. Un bleu sur un bras résulte-t-il d’un coup ? S’il s’agit d’une chute, ne pouvait-on la prévenir ? N’y a-t-il pas d’autres conséquences inapparentes ? L’inquiétude qui s’empare de la famille, symétrique au sentiment d’isolement du résident, est à la source de suspicions multiples.

Dresser un bilan de la maltraitance est tout à fait impossible dès lors que, le plus souvent, elle est invisible. La distinction entre celle qui résulte des choix de gestion, des budgets alloués et du taux d'encadrement – institutionnelle – et celle due à l'impatience ou à l'acrimonie d'un agent – qu'on peut qualifier d'individuelle – doit être clairement faite.

La première est génératrice d'effets beaucoup plus massifs, alors que chacun est sans doute plus spontanément attentif à la seconde : non seulement en raison de ses conséquences directes qui peuvent être massives, mais parce qu'elle encourage la seconde en incitant les salariés à se comporter identiquement (par exemple, comme cela s'est vu, en mégotant sur le nombre de biscottes) et en comprimant les emplois, renforçant ainsi les mauvaises conditions de travail et, par conséquent, facilitant la maltraitance. Il appartient aux responsables des groupes gestionnaires et aux pouvoirs publics de la prévenir.

La seconde, la maltraitance individuelle, quant à elle, doit être traitée en amont, dans la formation donnée (apprendre la douceur et la patience tout autant que des gestes professionnels) ; elle doit l'être en prévention dans chaque établissement, par des conditions de travail acceptables ; par une bonne gestion du personnel, impliquant l'écoute des agents ; par l'institution proche de la réalité quotidienne d'une réflexion éthique ; enfin par la vigilance constante des cadres à cet égard. On doit compter en effet avec la solidarité professionnelle qui fait obstacle très généralement à ce que l'on dévoile le comportement répréhensible d'un pair ; et aussi avec la réalité, déjà développée plus haut, d'un travail difficile et souvent ingrat.

Des visites effectuées, on doit tirer deux sentiments.

Le premier est que tous les directeurs rencontrés sont très sensibles à cette question, pour des raisons multiples. D'ailleurs dans plusieurs établissements, il a été fait état de ruptures de contrats faisant suite à des traitements inappropriés, ce qui est à la fois inquiétant et rassurant (le compte en est-il dressé par la tutelle ? on peut en douter). A la question de savoir comment des actes de maltraitance peuvent venir à leur connaissance, ils répondent en général par une présence active dans les locaux de leur établissement et par une attention marquée aux personnes. La plupart des responsables connaissent leurs pensionnaires par leur nom et s'adressent à eux simplement. En d'autres termes, du point de vue du résident, la rupture éventuelle d'un lien de confiance avec un agent doit toujours trouver sa compensation dans une confiance affermie avec une autre personne.

Le second est que la maltraitance est limitée dans son étendue. Sans doute, les effets du livre déjà évoqué sur la maltraitance organisée, « institutionnelle » d'un groupe privé se font-ils sentir et incitent à une attention accrue sur ces questions. Même si l'on doit regretter que les démarches visant à développer la qualité, de même que la réflexion éthique, sont encore trop récentes, voire embryonnaires, la grande majorité des agents rencontrés, y compris ceux de ce groupe, sont conscients des risques et témoignent d'une grande rigueur professionnelle.

Des gestes d'énervement restent toujours possibles, à tout moment. Ils sont loin d'être l'ordinaire des EHPAD.

C/ Le droit à circuler librement : la liberté d'aller et de venir

Ainsi qu'il a été déjà été dit, le respect de la liberté d'aller et de venir des résidents des EHPAD a fait l'objet, plus que le droit à la vie ou le droit de ne pas subir des traitements cruels ou dégradants, d'une attention particulière du pouvoir réglementaire, par le truchement d'une annexe 3-9-1 du code de l'action sociale et des familles, dans laquelle on lit : « L'article L. 311-4-1 du code de l'action sociale et des familles introduit la possibilité de joindre une annexe au contrat de séjour définissant les mesures particulières à prendre pour soutenir l'exercice de la liberté d'aller et venir de la personne dans le respect de son intégrité physique et de sa sécurité. Une approche risques-bénéfices est privilégiée. Ainsi, les mesures prises par l'établissement ne doivent pas être disproportionnées aux risques encourus par le résident et sont prévues seulement lorsqu'elles s'avèrent strictement nécessaires. »

En-dehors d'impératifs liés à l'état de santé, il est vrai particulièrement forts dans l'hypothèse de troubles cognitifs, rien ne permet à un établissement de personnes âgées de condamner celles-ci à demeurer dans l'établissement.

On peut se demander néanmoins si la proportionnalité indiquée par le code est bien observée. Trois circonstances sont de nature à la faire passer au second plan. La première est la crainte des « fugues » intempestives avec les conséquences qu'elles peuvent avoir pour la personne mais aussi pour l'établissement. La deuxième est la défiance sur le bon comportement des résidents au-dehors, spécialement pour ceux d'entre eux qui souffrent d'addictions, par exemple. La troisième, plus conjoncturelle, est relative à la pandémie de la COVID-19 qui a contraint les EHPAD à vivre fermés du dedans comme du dehors. De tels motifs sont de nature à dissuader les sorties ou à en réduire le nombre le plus possible. Il faut avoir conscience que, pour les gestionnaires, limiter ces dernières revient à minimiser les risques de disparition ou d'accident, par conséquent à penser assurer une meilleure sécurité des résidents.

Plusieurs questions doivent ici être évoquées.

En premier lieu, la circulation au sein des établissements est souvent elle-même restreinte. D'une part la disposition des lieux peut ne pas inciter à quitter sa chambre. Il est des établissements dans lesquels il n'y a pas de salon dans les étages où sont les unités de vie, mais seulement des couloirs desservant les chambres : pour une personne qui hésiterait à gagner les salles du rez-de-chaussée, par exemple en raison de difficultés de déplacement, mieux vaut alors demeurer dans sa chambre. D'autre part, il existe des obstacles à la circulation : de nombreuses portes comportent des codes digitaux connus du seul personnel.

De fait, pour des raisons de commodité, le déplacement de chacun, à tout moment, n'est pas encouragé et les mouvements en nombre sont seuls facilités (avec lenteur puisque beaucoup ont besoin de tiers pour se déplacer).

En deuxième lieu, s'agissant de sorties à l'extérieur, les habitudes de la pandémie restent ancrées et les pratiques des établissements, variables. Des procédures d'entrée et de sortie existent, en général plus développées dans les établissements publics que dans les autres : portes successives avec code, accueil chargé de vérifier les entrées et aussi les sorties. Cette manière de faire peut dissuader les mouvements vers l'extérieur.

En troisième lieu, les faibles moyens disponibles (peu d'argent en espèces) peuvent limiter l'intérêt des sorties Du côté des responsables, on peut penser aussi que, par exemple, sortir pour aller consommer de l'alcool ne doit pas être encouragé. A cet égard, on doit rappeler que l'EHPAD n'est pas – à la différence des établissements pour mineurs – un lieu d'éducation et de morale. La bonne attitude paraît être celle de la direction de l'EHPAD de Villers-Cotterêts, lequel héberge un certain nombre de personnes qui ont été sans domicile et soumises à addiction : le « contrat » moral passé est que le personnel ne se mêle pas de ce qu'ils font à l'extérieur, pourvu qu'il n'y ait nul incident dans les locaux de l'établissement ; les résidents ne sont pas regardés comme des enfants. Cette manière de faire, qui regarde les résidents comme des personnes responsables, est un succès.

En quatrième lieu, il convient évidemment de distinguer sorties individuelles et sorties collectives. Pour les premières, les autorisations de sortie ne sauraient tenir compte que de leur état de santé ; des difficultés à la marche, par exemple, ne peuvent suffire à interdire les sorties, pourvu que chacun assortisse le périmètre de la sortie au rythme de ses pas. Le comportement des établissements est, en la matière, souvent trop restrictif. Il est vrai que des résidents, ceux qui n'ont pas de famille en particulier, rémunèrent des « dames de compagnie » pour sortir plus aisément. Encore faut-il en avoir les moyens. Ce sont ces derniers précisément dont le rôle est prépondérant pour les secondes. Une sortie à cinq, huit ou dix, dont plusieurs ne sont guère mobiles de manière autonome, nécessite des moyens de transport non négligeables (autobus aménagé pour recevoir des fauteuils) et, plus encore, des accompagnants que le personnel, déjà débordé, ne peut guère fournir. Des établissements réussissent pourtant à en réaliser régulièrement ; d'autres non. Sur ce point, les collectivités publiques, ou les groupes privés, devraient mettre davantage de moyens en commun entre EHPAD (véhicules aménagés, chauffeurs, éventuellement encadrants).

En cinquième lieu, les sorties sont aussi enfermées dans le temps. Il faut les contraindre dans une journée voire une demi-journée. Les escapades sont donc limitées. Toutefois, on peut regretter un certain manque d'imagination dans les buts de sortie : les illuminations de la période de Noël aux Champs-Elysées ont un grand succès. Certains monuments (maison de Victor Hugo) aussi. Mais la richesse patrimoniale et culturelle de Paris permet sans doute davantage, en associant naturellement les résidents aux choix opérés. Cela suppose

vraisemblablement aussi un rapprochement accru avec les collectivités et les établissements publics (musées, lieux récréatifs…) si, du moins, est réglée la difficulté de l'accès des fauteuils à certains de ces derniers, ce qui est loin d'être le cas.

La situation est, sur ce plan, assez variable d'un établissement à l'autre. Mais si la règle permet l'établissement d'une annexe au contrat de séjour, relative à la sécurité et à la liberté d'aller et de venir, l'autorité publique serait fondée à faire un bilan précis de son application, pour en tirer quelques axes de réflexion. En tout état de cause, il lui appartient aussi de rappeler que la pandémie ne saurait justifier des restrictions infondées et que la liberté d'aller et de venir demeure le principe applicable.

D/ Le droit à la liberté d'expression

Il vient d'être évoqué la nécessité d'intéresser les résidents au choix des buts de sortie.

Plus généralement, la question se pose du rôle qu'a chacun d'entre eux pour déterminer les règles qui s'appliquent à sa vie personnelle comme à la vie collective.

Naturellement, l'expression des résidents existe, même pour les plus dépendants, si l'on est attentif aux mots ou aux divers signes que chacun peut livrer. Elle a ses moments et ses interlocuteurs privilégiés.

Les résidents s'expriment inégalement pendant les repas. Leur place à table n'est pas déterminée librement mais par la direction, sur indication, dit-on souvent, du médecin et du (de la) psychologue. Les personnes de même condition physique ou mentale sont ainsi regroupées sans pour autant faciliter les conversations qui restent peu fréquentes.

L'expression est plus fournie au cours des activités, sous diverses formes. Par exemple par des occupations artistiques comme le dessin ou la peinture. Ou bien divers jeux de mémoire. Ou des concerts (de piano ou d'autres instruments) parfois organisés. Mais de manière générale, le silence est plutôt la règle. Les animateurs qui sollicitent un groupe de résidents assemblé devant eux obtiennent difficilement des réponses perceptibles. Une manifestation publique spontanée à voix haute n'est d'ailleurs sans doute pas celle qui a la préférence. En revanche, les animateurs des EHPAD, qui ne sont pas en relation ni avec le soin (pas de blouse ou d'uniforme « maison ») ni avec les besoins de la vie quotidienne demeurent des interlocuteurs privilégiés. Ils peuvent à la fois avoir des résidents des mots qui ne sont pas prononcés ailleurs et une perception d'aspects originaux de leur personnalité.

Mais c'est sans doute avec les psychologues que les personnes âgées s'expriment le plus volontiers dès lors que le métier de ceux-ci est (entre autres éléments) de donner du temps à l'écoute, bien davantage que l'aide-soignante, le médecin ou la direction, que leurs multiples

tâches conduisent à un dialogue limité souvent à quelques mots tendres et rassurants. « La psychologue est venue ce matin à 11h30, note l'auteur de notre Journal de bord. Elle est très à l'écoute, je la remercie ». Même si ces professionnels sont liés au soin, c'est d'une manière différente de l'immédiat. Il peut y avoir d'ailleurs des écarts selon les établissements dans la manière dont son rôle est conçu : à vocation très thérapeutique ou bien plutôt généraliste, à la manière d'une animatrice spécialisée. En tout état de cause, leur nombre et leur temps de travail les contraint de choisir à bon droit parmi les résidents ceux qui appellent une attention particulière. La totalité des résidents, en mal de paroles, surtout ceux qui n'ont pas de visite, ne peut bénéficier de leur travail.

Il reste que des résidents ont des proches qui viennent régulièrement. Ces derniers assurent même parfois une présence exceptionnelle. On voit ainsi certains couples dont celui ou celle qui est « dehors » vient poursuivre d'une autre manière la vie conjugale plusieurs heures par jour. Hormis d'éventuelles précautions sanitaires, les établissements sont largement ouverts aux familles. Les heures de visite sont larges et d'ailleurs, a-t-il semblé, peu contraignantes. Certains établissements ont même aménagé des espaces pour accueillir des jeunes enfants accompagnant leurs parents en visite. Mais, comme il a déjà été indiqué, il est difficile de savoir quelle part de résidents est isolée (c'est-à-dire sans visite de proches ou d'amis) ; la situation à cet égard peut d'ailleurs évoluer au cours du séjour (décès d'un conjoint, lassitude des proches…). Selon une directrice, les résidents seuls constituent la majorité de ses pensionnaires ; mais des avis inverses ont été recueillis.

A la question de savoir s'ils se sont fait des amis dans l'établissement, les résidents répondent presque tous par la négative. La réalité est sans doute plus nuancée. S'il n'y a pas de véritable amitié, au sens où l'expérience de la vie a conduit ces personnes à la définir, des liens d'échange existent entre tel ou tel, et même parfois davantage, vers l'affection ou l'amour. Mais ce sont des exceptions qui ne doivent pas dissimuler la plupart des solitudes muettes.

Sur l'expression collective, le code de l'action sociale et des familles a évidemment édicté des règles. Il institue un conseil de la vie sociale, mentionné à l'article L. 342-3, dont il a réglé dans le détail la composition, l'élection, la durée et la compétence (articles D. 311-3 et sq.). « Le conseil donne son avis et peut faire des propositions sur toute question intéressant le fonctionnement de l'établissement ou du service notamment sur l'organisation intérieure et la vie quotidienne, les activités, l'animation socio-culturelle et les services thérapeutiques, les projets de travaux et d'équipements, la nature et le prix des services rendus, l'affectation des locaux collectifs, l'entretien des locaux, les relogements prévus en cas de travaux ou de fermeture, l'animation de la vie institutionnelle et les mesures prises pour favoriser les relations entre ces participants ainsi que les modifications substantielles touchant aux conditions de prises en charge. » Le code, décidément prodigue, a également défini les autres formes de « participation » possibles (article D. 311-21) sous forme de « groupes d'expression », de consultation de l'ensemble des résidents, ou encore d'enquêtes de satisfaction.

Cette belle machinerie est loin de donner des résultats. Certes, le conseil de vie sociale existe dans la totalité des établissements visités (contrairement à d'autres) mais son histoire apparaît quelque peu chahutée, un certain nombre ayant d'évidence été laissés en déshérence pendant plusieurs années, faute d'élections pour les renouveler, en particulier à cause de la difficulté à trouver des représentants des familles et à organiser le vote des résidents. Certes encore, il se réunit comme il convient trois fois par an (même, parfois, davantage) mais, de l'avis de beaucoup, les débats y ont un caractère formel, d'autant que l'auteur du code ne lui a donné qu'un caractère consultatif. Comme dans beaucoup d'organismes de cette nature, l'apparence, définie par le fait que le directeur y siège avec voix consultative ne saurait dissimuler la réalité : il en dresse l'ordre du jour, y expose ses projets et répond aimablement aux interventions ; « on est écouté », indiquent les participants, « mais on ne sait jamais la suite donnée à nos remarques ».

De la même manière des enquêtes de satisfaction ont lieu (les établissements privés, en particulier, en réalisent régulièrement pour des motifs qu'on peut aisément imaginer). On ne peut ignorer que leurs résultats d'ensemble sont positifs mais on doit interroger les conditions dans lesquelles elles sont faites, et les opinions recueillies.

Sur ce point, au-delà du principe de ces enquêtes, on doit conclure en évoquant un solide verrou qui fait obstacle à l'expression des résidents et de leurs familles, s'ajoutant à ceux déjà mentionnés : la crainte des représailles. Il en va des EHPAD comme des écoles : la maman n'ose pas trop se plaindre à la maîtresse, de peur que celle-ci ne traite après plus durement son rejeton. Des phénomènes de cette nature existent dans toutes les « institutions totales » définies par Gofman. Ce n'est pas dire que cette crainte est fondée, sauf dans quelques cas. Mais c'est une conviction extrêmement forte qui exprime certes sans doute autre chose (par exemple, pour le proche, le refus de la perte d'un membre de la famille confiée à une institution) mais qui est suffisante pour inspirer un comportement et une expression mesurés dans l'éventuelle et la recherche de l'accord plutôt que le désaccord. On verra ci-après que des familles s'affranchissent de ce sentiment par une surenchère de critiques. Mais la majorité des résidents et des proches adhère à la prudence. Il existe certes dans le code de l'action sociale et des familles un article (L. 313-24) qui protège ceux qu'on appelle les « lanceurs d'alerte ». Mais cette disposition, qui trouve d'ailleurs mal à s'appliquer dans un marché du travail aussi agité que l'est celui des salariés d'EHPAD, ne vise que ces derniers et non les personnes hébergées et leurs familles, comme si aucune « mesure défavorable » ne pouvait être prise à leur encontre. On peut le regretter et souhaiter une évolution de la législation sur ce point.

II – Quelques domaines de progression

(les suggestions d'action sont indiquées en caractères gras ; elles sont récapitulées dans l'annexe 4)

A/ Mieux prendre soin

Les solutions qu'appelle un système de soins en crise, à laquelle malheureusement les EHPAD sont loin d'être étrangers, excèdent largement le cadre du présent rapport. La pénurie de personnels, les insuffisances de la formation, la quasi-disparition des médecins traitants, le recours trop fréquent aux urgences exigent des remèdes de longue haleine : les établissements pour personnes âgées ne doivent pas rester à l'écart des issues à trouver ; la crise est loin de se limiter aux services d'urgence et même à l'hôpital comme on veut souvent le croire et le faire croire.

D'ailleurs la Cour des comptes dans le rapport pour le Sénat déjà évoqué a mentionné des évolutions auxquelles on peut souscrire.

D'autres peuvent néanmoins être suggérées malgré leur caractère qui sera jugé sans doute trop « terre à terre », mais qui ne nécessitent pas de lourdes évolutions.

D'expérience, le meilleur dispositif dans une gamme variée d'expérience est celui dans lequel **un médecin** attaché au soin sous toutes ses formes (prévention, curatif) **est affecté à plein temps à un établissement et exerce la tâche de médecin traitant des résidents**. Ce système devrait être généralisé. L'objection selon laquelle le malade doit avoir le choix de son praticien peut être levée en lui conservant le libre choix théorique ; il pliera à la pratique, en raison du refus du traitant de « suivre » son patient en EHPAD. Le risque de donner au médecin de l'établissement un rôle tel qu'on risquerait de voir se développer des pratiques frauduleuses (héritages indus…) peut être prévenu par des règles adaptés. Une astreinte pourrait en outre être organisée pour la nuit et les jours non ouvrés entre les praticiens d'un même secteur géographique, afin d'éviter le recours aux urgences. La question se pose de savoir si l'exigence d'une spécialisation en gériatrie, exigée aujourd'hui des médecins coordonnateurs, doit être maintenue. Après tout, bien des généralistes ont surtout des consultations de personnes âgées (à Paris par exemple) sans que la santé publique n'en soit affectée. Mais nous n'avons pas eu de réponse sur ce point durant les visites.

On doit simultanément maintenir la coordination des équipes soignantes, qui est un impératif à la fois pour les résidents et pour les personnels, qui ont besoin de compétence comme de reconnaissance. Une marge de productivité existe dans le rôle de l'infirmier cadre de santé coordonnateur, dont les tâches sont grevées, d'une part, du fait de multiples démarches

administratives qui devraient lui échapper, d'autre part, lorsqu'il est contraint de remplacer ses collègues absents ou dont le poste est vacant. Il est proposé de **rendre obligatoire dans les établissements un emploi de secrétaire médical administratif,** pour libérer le temps de l'infirmier, qui libérerait à son tour celui du médecin.

Cette présence médicale ne devrait pas exonérer chaque établissement **de constituer dans sa proximité géographique un réseau de soins**, dont feraient partie des soignants libéraux (médecins et para-médicaux), des pharmacies et un hôpital de première urgence. Peut-être peut-on espérer **déplacer certains soignants dans les EHPAD** (comme le font les kinésithérapeutes aujourd'hui) pour des consultations : faire venir un cardiologue est sans doute moins coûteux qu'un transport à l'hôpital et permet de maintenir un lien entre le résident et un praticien qu'il connaît et qui le connaît. **Des locaux de consultation devraient être ouverts** à cette fin dans les établissements.

Encore faut-il que ceux-ci disposent de locaux appropriés. A l'exception des établissements établis loin de Paris, où le prix moins élevé du foncier a permis des extensions intéressantes, l'espace dévolu au soin est chichement mesuré (en général situé au centre de chaque étage, parfois mal éclairé et mal ventilé). Il n'est pas conçu pour un véritable travail en équipe (on a déjà mentionné le cas des réunions de transmission). Sans doute a-t-on pensé que l'essentiel du travail de soins se passait dans chaque chambre. Mais ce motif ne suffit pas à justifier l'exiguïté actuelle. D'autant moins si l'EHPAD fonctionne comme il vient d'être dit en réseau ou, comme le suggère la Cour des comptes, comme un centre de ressources.

La fonction logistique du soin doit être mieux assurée. La recherche d'une ambulance pour un transport, la détermination d'un horaire, ne relèvent pas du travail infirmier. On doit y veiller dès lors que celui-ci, pour les raisons indiquées (remplacement de postes non pourvus…) est très contraint. La secrétaire administrative mentionnée ci-dessus (l'expérience – récente il est vrai – d'un établissement parisien qui y a recours) devrait permettre de gagner en efficacité, notamment en présence auprès des malades. Il se peut aussi qu'elle permette **une meilleure gestion des horaires de consultation** du médecin et de l'infirmier, qui ont paru parfois un peu erratiques. Lorsqu'une esthéticienne ou une coiffeuse interviennent en EHPAD, la prise de rendez-vous ne pose pas difficultés, ni leur enchaînement. Les résidents – en dépit des urgences qui surviennent – devraient avoir un sentiment identique pour le soin : il existe parmi eux beaucoup trop d'inquiétudes en la matière.

B/ Mieux partager le travail indispensable

La réhabilitation du travail des aides-soignantes (quel que soit leur rôle : aides-soignantes d'intervention…) et des auxiliaires de vie est également un chemin de longue haleine qui, lui aussi, excède les limites du rapport.

Là encore néanmoins, des solutions doivent être mises en œuvre dès à présent pour donner des assurances à une profession très inquiète et aussi, bien entendu, améliorer la prise en charge des résidents. Le temps doit être donné aux conversations avec ces derniers, à la coopération avec d'autres agents (psychologue, animateur, chef de cuisine…), à la formation continue, au partage d'expériences entre établissements.

Un des établissements visités a su mettre en œuvre – on y a fait allusion – une politique de **mobilisation des proches** – qui ont témoigné de leur satisfaction – ce qui a soulagé le personnel de l'endroit d'un certain nombre de tâches. De la même manière que son réseau de soins doit être constitué, chaque EHPAD, loin de se rétracter sur lui-même, doit avoir autour de lui un ensemble de volontés pouvant être mobilisés, à titre gratuit ou non, pour remplir un certain nombre de tâches, en particulier **en matière d'accompagnements, de sorties, de transports et d'activités**. Il ne saurait évidemment être question, comme un esprit malin l'a suggéré, de mettre des bénévoles pour effectuer les tâches des aides-soignantes et des auxiliaires de vie : ce serait, pour de multiples raisons, un abaissement radical du savoir-faire des établissements, catastrophique à tous égards.

Dans le domaine des activités, les animateurs font des prouesses avec **un réseau** souvent constitué personnellement. Les **institutions environnantes** doivent pouvoir être mobilisés (Conservatoires ou bibliothèques municipaux…). La profusion et l'exemplarité parisiennes en matière d'équipements et d'associations devrait permettre à Paris de jouer un rôle d'exemplarité. Les **liens avec les mairies d'arrondissement** apparaissent souvent peu développés (hormis avec l'adjoint chargé des « anciens »). **Des formules d'associations ou de conventions, de parrainages (notamment mais pas exclusivement intergénérationnels) doivent être recherchées pour des objectifs déterminés**, évalués et adaptés au fil du temps, servant à la fois les résidents et ceux qui travaillent pour eux. **Une réflexion sur la sous-traitance** doit être faite par les gestionnaires afin de déterminer quelles fonctions doivent être impérativement conservées (cuisine ; la dimension alimentaire est essentielle) et quelles autres fonctions peuvent être confiées à l'extérieur (nettoyage). Naturellement, nombre de ces suggestions étaient réalité jusqu'à la pandémie. Il faut d'urgence assurer la reconstruction et au-delà.

Les services à la personne, tels que les pratiquent les EHPAD, sont le cadre d'un travail solitaire, difficile et ingrat comme il a été dit. La charge de travail doit donc être conçue pour **y intégrer régulièrement des échanges de professionnels provenant d'établissements différents, dans le cadre ou non du droit à la formation**, pour leur permettre de percevoir que leurs difficultés sont partagées, que des solutions peuvent être trouvées. Ces échanges ne doivent pas seulement s'appliquer aux directeurs (ils existent d'ailleurs déjà dans le cadre des établissements de groupes privés ou de la Ville) mais englober des soignants de tous niveaux, des animateurs, bref toutes les professions utiles au fonctionnement d'un établissement. On doit en attendre une amélioration des pratiques**, le développement d'une réflexion éthique sur les métiers (elle peut être faite par ailleurs), des solidarités**

réconfortantes et aussi une réduction de l'écart, souvent cité par les interlocuteurs et évidemment réductible, entre ceux qui exercent en EHPAD leur métier par intérêt pour les personnes âgées et ceux qui le font pour le salaire. La Ville de Paris peut, sur ce point précis, montrer l'exemple, en choisissant avec soin des thèmes de réflexion communs auxquels les agents sont sensibles dans l'exercice de leur métier et en associant aux réunions des tiers intéressés au fonctionnement des établissements.

Les conditions de travail dépendent en partie des collectivités territoriales. Dans Paris, comme dans quelques autres grands centres urbains, elles sont obérées par la longueur des trajets domicile-travail. Un plan de rapprochement devrait faire espérer aux agents des améliorations : en dépit des tensions existantes entre l'offre et la demande, **les dossiers de demande de logement social formulées par des ASH ou auxiliaires de vie dans la ville de Paris devraient être regardées comme prioritaires** à court terme, comme la contrepartie normale d'un travail difficile.

C/ Mieux intégrer les résidents dans les choix de la vie collective

Dans un EHPAD, qui n'est pas l'un de ceux visités, tous les entrants étaient systématiquement mis dans un fauteuil roulant, quelle que soit leur capacité, bonne ou mauvaise, à se mouvoir. On peut voir dans cet exemple l'illustration, d'une part, de la volonté des personnels de maîtriser les déplacements des personnes, d'autre part, de les regarder au fond comme des individus dont la diminution autorise à tout leur dire et à tout leur ordonner. On veut bien croire qu'il s'agit-là d'un cas extrême. Mais la tendance est forte de regarder les personnes âgées comme des enfants, dès lors que l'aide d'un tiers leur est nécessaire.

Il est aussi nécessaire toutefois **d'aller plus avant dans la reconnaissance du rôle que doivent jouer les usagers dans les choix de vie quotidienne** qui les concerne au premier chef, et de tirer les leçons de l'insuffisance des organes existants. Dans les personnes rencontrées, beaucoup ont plaidé vigoureusement en ce sens, soit de manière négative, en se plaignant du pouvoir unilatéral des directions, y compris pour des décisions majeures (isoler un résident, le changer d'unité) soit, de manière positive, en faisant état de décisions prises par les résidents eux-mêmes.

La législation actuelle (articles L. 311-4 et L. 342-1 du code de l'aide sociale et des familles) n'est pas conçue en ce sens. Elle a imaginé la signature d'un contrat à l'entrée en établissement, document dans lequel tout est conçu à l'avance. Le cocontractant signataire (la personne âgée) est donc réputée accepter tout ce qui lui sera proposé par la suite par l'autre partie au contrat puisque tout (prestations…) est prévu et défini d'avance. Cette manière de voir devrait être profondément modifiée.

A court terme, des développements doivent se réaliser : d'une part, à l'endroit des résidents eux-mêmes ; d'autre part, vis-à-vis de leurs familles, lorsqu'elles sont présentes.

S'agissant des premiers, le principe doit être clairement établi **qu'ils décident, selon leurs moyens, dans le plus large spectre de domaines possibles.** On ne manquera d'objecter que l'état de santé des personnes, les nécessités d'une gestion équilibrée des établissements, le respect dû aux prérogatives du personnel, la responsabilité qui peut être engagée de l'EHPAD sont autant d'obstacles à un tel principe. Ce discours est alimenté régulièrement. Il a conduit à la vision restrictive du conseil de la vie sociale. Pourtant, des progrès sensibles ont été faits dans des établissements en la matière. Il s'agit de déterminer quel est le but des sorties, quels sont les achats de livres pour les bibliothèques, quelle activité programmer. Mais aussi, plus au fond, quelle alimentation rechercher, quelle organisation prévoir pour les sorties individuelles. **Le modèle fixiste, résultant d'un contrat s'appliquant *ne varietur*, doit laisser la place à un modèle plus évolutif, tenant compte de la volonté des usagers**. Sans avoir pu vérifier ce point, il est vraisemblable que des expériences étrangères, moins soucieuses de reproduire un modèle napoléonien de gouvernance, démontrent la nécessité d'une évolution.

Malgré la taille relativement modeste des établissements, le conseil de la vie sociale ne saurait apparaître comme expressif du sentiment des résidents, ni comme instrument de la réalisation de leur volonté. Une réforme minimale consiste à prévoir dans la réglementation, outre les représentants des résidents et des proches, un ou deux représentants d'usagers, issus d'associations dont le but social est en rapport étroit avec la défense des personnes âgées, qui ne seraient pas directement liés à l'établissement (et pourraient d'ailleurs jouer un rôle utile d'intermédiation en cas de conflits ; voir ci-après). Certes la question se poserait des modalités de la désignation de ces représentants ; elle paraît néanmoins secondaire dès lors qu'on voit mal la raison pour laquelle la place des usagers dans les EHPAD est plus chichement mesurée que dans les établissements sanitaires (un résident entrant en provenance d'un hôpital perd en représentation : on n'en voit pas le motif…). Il est également possible de rendre le conseil de la vie sociale décisionnaire dans quelques domaines relatifs à l'hôtellerie ou aux activités (mais non pas naturellement pour les soins, l'organisation du travail et ce qui engagerait de manière très significative le budget de l'établissement), déterminés après négociation par établissement ou par groupes d'établissement, les associations y étant comprises.

S'agissant des familles (et, au-delà, avec les personnes chargées de la protection juridique des majeurs, lorsqu'elles s'intéressent aux établissements), des usages sont déjà à l'œuvre, portés par des directions dynamiques, **d'échanges réguliers et informels avec les familles** qui le souhaitent : par exemple, dans un établissement, « La parole pour tous » réunit une fois par mois de manière informelle la direction, le médecin et l'infirmier coordonnateurs, l'animateur et tous les soignants qui veulent et peuvent venir, d'une part, et les familles intéressées, d'autre part. Tous les sujets peuvent être abordés, des comptes-rendus sont diffusés, des réponses sont apportées d'une réunion à l'autre. Le personnel craignait légitimement que ces

réunions se transforment en séance d'accusation publique et vindicative à son encontre. Il n'en a rien été. C'est, au contraire, une dédramatisation qui a eu lieu, portée par l'habitude de l'échange. Un tel modèle peut évidemment s'adapter avec la réalité de chaque EHPAD, mais il illustre une forme nécessaire de dialogue, dépouillée de tout attirail de « consultation réglementaire ». Il doit être encouragé et développé largement. On imagine volontiers une solution suggérée par consensus dans de telles réunions, formalisée ensuite dans une décision du conseil de la vie sociale.

Ce n'est pas tout. Les échanges avec les personnes rencontrées ont montré cette réalité très simple que les familles, qui n'y ont recours le plus souvent qu'en toute dernière extrémité, ignorent ce qu'est l'EHPAD et ce qu'il peut faire et surtout ne pas faire. Il est souvent pris ou pour un hôpital, ou pour un domicile, et le plus souvent les deux à la fois, ce qui rassure mais qui est doublement inexact. Il faut donc **développer avant l'entrée, le plus tôt possible, dans tous les cas où elle n'existe pas, une pédagogie de l'établissement.**

La meilleure est sans aucun doute l'installation d'un proche à titre provisoire un ou deux mois (l'été par exemple). Elle permet aux uns et aux autres, avant un retour à domicile, de se familiariser avec les objectifs et les réalisations de l'EHPAD, tout en « rajeunissant » par ailleurs, les effectifs de résidents. Il est permis de penser, malgré l'urgence qu'il y a à accueillir des personnes très dépendantes, qu'il est aussi urgent **d'accroître en établissements les places réservées à des personnes en séjour temporaire** et même à prévoir pour ce type de séjour des tarifs et des aides de prise en charge plus avantageux. Il est possible d'exiger des établissements un quota de places (5%) réservées à cet usage.

Lorsque cette solution n'est pas possible – tel est la grande majorité des cas aujourd'hui – la direction doit mettre en œuvre – ce qui est coûteux en temps – un dispositif d'explication auprès des entrants et de leurs familles le plus précocement possible, nonobstant la procédure de signature du contrat, si centrale dans la réglementation pour la raison susdite. Une directrice a indiqué rencontrer systématiquement les candidats à l'entrée, soit à domicile soit à l'hôpital, pour les informer de l'EHPAD et s'informer sur eux. Un infirmier explique que, lors des réunions qu'il tient de manière systématique avec les proches, il leur indique clairement ce qu'ils doivent attendre de l'établissement et ce qu'ils ne doivent pas en attendre : « Je ne vous garantis nullement que les dents de votre parent seront brossées tous les jours ».

Dans ce domaine, comme pour les résidents, toutes les formes de contact sont possibles, selon ce que peut l'établissement et ce que sont les proches. Mais borner l'échange préalable à la signature d'un contrat n'est pas concevable si l'on veut établir pour l'avenir des relations dépourvues de conflictualité.

D/ Mieux utiliser les nouvelles technologies

Ce qu'on a appelé les nouvelles technologies sont naturellement comme la langue d'Esope.

Leur usage le pire, et qu'il faut soigneusement prévenir, consisterait au motif de la « protection » et de la « sécurité » des résidents, de multiplier les instruments de surveillance, par **vidéoprotection** interposée et les dispositifs permettant de « tracer » les personnes. La liberté et l'intimité de chacun doivent s'imposer mais on ne manquera pas de bons esprits, ni même de familles préoccupées, pour réclamer l'installation de caméras dans les chambres pour remédier rapidement aux chutes nocturnes (cf. le « Journal de bord » précédemment cité) et la pose de **bracelets électroniques** (baptisés naturellement autrement) pour retrouver rapidement les « fugueurs ». **Ces solutions doivent être résolument écartées** : elles ne sauraient tenir lieu des relations humaines plus que nécessaires dans ces établissements, elles permettraient tous les abus et elles seraient probablement inefficaces (l'expérience montre que la surveillance d'une dizaine d'écrans ou plus en permanence dissipe rapidement l'attention). Ces égarements ont déjà été matérialisés dans d'autres « institutions totales » (établissements pénitentiaires, hôpitaux de santé mentale) : leur apport n'est pas concluant, lorsqu'il n'est pas – pour la santé psychique des personnes visées – négatif. Peut-être, si c'est là le seul moyen de maintenir la liberté d'aller et de venir, des objets connectés pourraient-ils être utilisés ; mais dans un cadre tout à fait exceptionnel, selon une procédure collégiale transparente incluant l'avis du médecin et d'un psychologue.

En revanche, les technologies de communication peuvent être très utiles dans deux domaines : la relation des résidents avec leur famille ou leurs amis ; les activités qui leur sont offertes.

Sur le premier aspect, les confinements imposés par la pandémie ont conduit, on l'a mentionné, certains établissements à **développer des entretiens entre résidents et proches** (en l'occurrence bien « lointains ») **par visioconférence interposée**. Certains établissements (pas tous) ont systématisé une offre à cet égard. Malheureusement, les leçons de cette expérience contrainte n'ont guère été tirées. S'il est évidemment inutile de persévérer dans cette manière de faire vis-à-vis de familles venant régulièrement, il est souhaitable de la maintenir à l'égard de personnes habitant loin de l'EHPAD et se déplaçant difficilement pour diverses raisons, y compris d'un établissement à l'autre. Sans doute désarçonnés au premier abord, les résidents – même muets devant le micro – se réjouiront vite de l'utilisation de l'outil. **Un ordinateur permettant la relation peut être utilisé de chambre en chambre** (avec acquisition d'au moins un par unité) ; **on peut aussi imaginer une salle (ou plusieurs) particulière(s)** dans l'établissement dédiée(s) à cette démarche ; le choix doit être fait au mieux de l'expérience des uns et des autres. Mais on doit pouvoir imaginer un développement rapide de ces techniques. On dira qu'elles risquent d'encourager les familles à ne plus venir sur place : le risque à cet égard paraît plus faible que les gains qui en résulteront.

Les EHPAD doivent également prendre toute mesure, en dépit des vols récurrents dans les établissements, pour préserver aux résidents la possession des téléphones cellulaires qu'ils peuvent d'ores et déjà posséder, et possèderont de plus en plus à l'avenir.

Sur le second, les prodigieuses **richesses d'accès à la connaissance que permet le « web » devraient être plus développées**, y compris par ordinateur branché sur écran. La plupart des musées du monde, des concerts variés, des bibliothèques entières, des films, des pays et des villes mais aussi des sites d'activité permettant de mobiliser l'intelligence ou les sens sont désormais accessibles. Une formation continue d'animateurs d'EHPAD devrait être rapidement accessible. Leurs investigations sur le « net » seraient facilitées par **un catalogue national régulièrement actualisé mis à leur disposition,** car ces animateurs souvent un peu esseulés. Et comme la génération actuellement hébergée en EHPAD est encore peu familière de ces outils, il n'est pas impossible d'imaginer de **familiariser ceux qui le peuvent avec l'usage du matériel informatique**. Le clavier permet des opérations que le langage n'autorise pas. Le nombre d'ordinateurs (ou tablettes) possédés par les résidents aujourd'hui est très faible (« quelques-uns », ont répondu les directeurs – directrices – interrogés sur ce point). Les établissements doivent pouvoir, à brève échéance, développer leur offre et, à moyen terme, s'équiper convenablement en ce domaine pour les générations à venir.

Un dernier mot pour évoquer les **visio-conférences entre patient et médecin**, qui tendent à se multiplier en France en ce qu'elles permettent de pallier l'éloignement de l'un et de l'autre, en raison de la baisse des effectifs médicaux et des graves difficultés dans lesquelles se débattent directions, conseils départementaux et agences de santé. Il est tentant d'y recourir en EHPAD, dès lors que le médecin est souvent absent ou qu'il faut amener le résident à l'hôpital pour des consultations de spécialiste. En dépit des avantages que présente à court terme la « télémédecine », on ne doit, pour les résidents des établissements, n'envisager ce recours technique qu'avec une extrême prudence : les personnes âgées souffrent d'une grande solitude, en particulier s'agissant des pathologies qui les frappent. On vient de l'indiquer, la quasi-totalité n'ont pas l'habitude de s'exprimer devant micro et écran. La fiabilité du diagnostic et des prescriptions risque fort d'en souffrir. C'est pourquoi, l'usage de la visio-conférence en matière de soins doit **strictement se borner à des dialogues quasi-administratifs, comme le renouvellement d'ordonnance**, à affection inchangée, **ou bien à des situations dans lesquelles diagnostic et soins sont clairement établis au préalable**. Aller plus loin consiste à se soumettre la fin du dialogue singulier entre un patient et son médecin, qui doit continuer de prévaloir.

E/ Ouvrir davantage les perspectives de la vie en EHPAD

Parmi les interlocuteurs qui appartiennent au personnel des établissements, plusieurs ont qualifié les EHPAD de « dernière demeure » pour ceux qui y entraient. Cette formulation

résulte naturellement d'une confusion involontaire : la dernière demeure ne peut qualifier dans la langue française que le tombeau (ou l'urne funéraire). Mais une telle assimilation peut néanmoins préoccuper sur le degré d'ambition que l'on entend donner à la vie des résidents. D'autres personnes rencontrées ont été, à l'opposé, autrement plus volontaristes : la vie en EHPAD n'est pas seulement un moyen d'attendre la mort dans des conditions acceptables mais elle est l'occasion pour les personnes âgées de s'inventer une vie nouvelle.

C'est à l'aune de cette opposition qu'il convient d'apprécier les activités qui sont offertes aux résidents. Sans mettre en cause les animateurs, qui sont pour la plupart inventifs, infatigables et motivés, et sans davantage ignorer que les moyens dédiés à l'animation peuvent être chichement mesurés (il vaudrait la peine de s'y intéresser lors de contrôles ; cinq cents euros mensuels, par exemple, dans un établissement), on doit observer que nombre d'activités relèvent plutôt de l'occupationnel (usage collectif important de la télévision) ou du thérapeutique (stimuler la mémoire) que de l'éveil à une vie nouvelle. On fera valoir naturellement que l'état de dépendance où sont nombre de personnes âgées ne permet pas de faire mieux.

Il est possible de croire, au contraire, que **des activités permettant à la fois une participation accrue des personnes** (dans les chambres, c'est souvent l'aide-soignante qui choisit le canal télévisé quand on allume la télévision individuelle**) et un choix de thèmes facilitant la réflexion et l'approfondissement de connaissances**, y compris sur la mort. Des établissements ont mobilisé parmi les résidents ceux capables de faire des conférences ou font venir de l'extérieur des amis ou des parents avec le même objectif. Interrogée sur ce point, une directrice a évoqué l'existence de l'Université du bien vivre, destinée aux personnes âgées, et dont le site « web » rappelle à juste titre qu' « il est admis qu'une activité intellectuelle régulière et exigeante favorise le maintien des capacités cognitives c'est-à-dire cette aptitude à créer, à apprendre, à renouveler ses activités, ses motivations, à entretenir sa curiosité, à entendre comme une ouverture au monde et à soi. »

La question est donc de savoir si une telle activité est suffisamment proposée et si le réseau des animations de chaque établissement englobe suffisamment de personnes (enseignants, chercheurs, universitaires, militants…) susceptibles de procurer une activité intellectuelle régulière (on pense par exemple aux « cafés philo » dont la mode s'est répandue voici quelques années). Si de tels rapprochements sont difficiles à entreprendre pour un EHPAD situé en zone rurale, par exemple, on doit s'étonner de ce que ce type de liens n'ait pu se concevoir dans les EHPAD parisiens, à quelques exceptions méritoires près. Là encore, et pour commencer dans ceux des établissements qui relèvent de sa compétence, **la Ville pourrait encourager des expériences inédites et à reproduire.**

F/ Mieux réguler les conflits

La survenance de désaccords entre les résidents et leurs proches, d'une part, et l'établissement, d'autre part, sur la meilleure prise en charge possible, est normale et inévitable. On doit donc trouver des modes de résolution qui à la fois permettent de régler les difficultés, d'apaiser les angoisses, sans mettre en accusation systématiquement les gestionnaires, ce qui, du point de vue de l'intérêt général, est parfaitement contre-productif.

1/ On doit poser d'emblée que, s'agissant de questions relatives à la santé de personnes fragiles ou à leur vie quotidienne**, le meilleur cadre de résolution des conflits est celui de l'établissement où les faits ont lieu**. Plusieurs dispositifs doivent permettre de le rendre efficient.

Le premier est celui de la mise en œuvre, dans chaque établissement, de **responsables des questions d'éthique et de la qualité,** sans augmentation d'effectifs. Il faut donc trouver, dans le personnel existant, celui ou celle capable d'assumer cette charge. Quel que soit leur niveau hiérarchique, nous avons rencontré des personnes dont la clairvoyance et l'humanité pourraient les faire désigner sans hésitation. En tout état de cause, les intéressés désignés devront être clairement compris (nous allions écrire complices…) du personnel pour que leurs directives soient assimilées et appliquées. On ne doit pas attendre des miracles d'une telle démarche, d'ailleurs longue à produire des effets. Mais elle est nécessaire.

D'ores et déjà, aujourd'hui, **la direction, l'infirmier coordonnateur et le médecin** sont très fréquemment sollicités par les résidents ou leurs proches pour des difficultés qui les concernent. Une bonne partie de l'emploi du temps de ces trois cadres (chez lesquels on n'a perçu aucune impatience sur ce point, et assumant donc sans restriction leur rôle de médiation) est occupé à ces contacts physiques (aisés lorsqu'il y a des visiteurs assidus) ou par divers moyens de communication (notamment la messagerie électronique). **Il importe seulement que ces personnes soient accessibles.** Des moyens sont nécessaires à cette fin : il existe une différence entre le directeur dont le bureau vitré (il y est donc visible) donne directement sur le hall d'entrée de l'établissement et celui que l'architecte a parqué (contre son gré) au sous-sol, avec les autres fonctions administratives. La plupart des directeurs (directrices) communiquent aux familles leur numéro de téléphone et leur adresse de messagerie (professionnels) ; l'un deux a même fait valoir qu'il acceptait d'être dérangé pendant ses jours de repos. Si, comme il est souhaitable, les uns et les autres circulent dans l'établissement, des rencontres informelles peuvent avoir lieu à tout moment. Avec le médecin et l'infirmier, l'accès est nécessairement plus restreint : ce sont les aides-soignantes qui parfois y renvoient les proches et un rendez-vous peut être nécessaire, surtout lorsque le médecin (comme le prescrit la règle) est à temps partiel. Mais, de manière générale, les contacts se font, à notre connaissance, sans difficultés majeures. A ces personnes qui jouent déjà très largement leur rôle dans la prévention et la résolution des litiges, on pourrait ajouter les **représentants des associations** siégeant au conseil de la vie sociale de

l'établissement (comme suggéré plus haut) à condition qu'ils aient bien compris le rôle d'un médiateur (légère **formation à prévoir**).

Pour qu'un conflit trouve sa solution, deux conditions doivent être remplies : qu'une réponse soit apportée rapidement (le demandeur exprime quelque chose qui est important à ses yeux puisque santé ou bien-être sont en jeu – « Pourquoi le pansement de ma mère n'a pas été remplacé ce matin ? ») ; qu'elle puisse être crédible. A cet égard, les appréciations divergent davantage. Beaucoup de résidents ou de leurs proches disent n'avoir que des réponses qui sont des faux-fuyants sans apporter de véritables remèdes. Sur ce point, outre l'explication nécessaire relative aux possibilités réelles de l'établissement (cf. *supra*), il est préférable **d'indiquer ce qui peut être fait et surtout ne pas être fait** (par exemple en matière de qualité de l'alimentation, sujet récurrent), que de répondre évasivement ; il doit être possible de reconnaître la responsabilité de l'établissement si c'est le cas, mais aussi de dissiper une inquiétude infondée. On ne saurait donner une réponse sans **une enquête** *a minima*, incluant le recueil du point de vue d'agents éventuellement en cause et même en organisant, avec les précautions nécessaires, d'éventuelles confrontations ou des rencontres à plusieurs (avec la psychologue…). Ainsi des proches peuvent se préoccuper de ce que, dans le salon d'étage d'une résidence, des personnes sont laissées à elles-mêmes, parce que, sur les deux aides-soignantes qui leur sont affectées, l'une est en pause et l'autre était dans une chambre appelée par un résident : les proches doivent admettre que les pauses ne sont pas une signe de paresse, mais de fatigue, qu'il faut répondre aux urgences, qu'aucun danger n'était encouru et que l'établissement ne peut faire, sur ce point précis, aussi bien qu'un hôpital mais fait beaucoup mieux qu'à domicile.

Cette manière de faire est déjà celle de beaucoup de cadres. Pour ceux qui ne les maîtrisent pas entièrement, une **formation aux principes de la conciliation et de la médiation** peut s'avérer utile. Mais de très nombreuses situations de tension trouvent leur apaisement dans le cadre de l'établissement.

Les déclarations d'évènements indésirables graves (EIG) doivent être davantage et mieux utilisées. D'une part, les conseils départementaux et les agences régionales de santé, qui en sont destinataires, doivent mieux préciser aux établissements de leur ressort la définition qu'ils donnent de ces évènements et les suites qu'ils souhaitent leur donner (à notre connaissance, aucune analyse d'ensemble n'est faite des déclarations EIG transmises). D'autre part, les directions des établissements doivent davantage les utiliser (à Paris, moins de quatre par an et par établissement, selon les données recueillies). Enfin les services à qui ces évènements sont signalés se doivent de réagir : tel n'était pas le cas jusqu'à une période récente de ceux de la Ville de Paris. Ces « EIG » peuvent être l'instrument – dans la « douleur » mais aussi l'appui et le conseil – d'une amélioration de la vie des établissements. De ce point de vue leur effet, si la procédure fonctionne comme elle le devrait, est plus efficace que celui des contrôles.

Sans occulter ni les erreurs, ni d'éventuelles maltraitances, on ne peut dissimuler le fait que, dans les reproches faits aux établissements, beaucoup sont le fait de quelques familles qui se préoccupent avec excès, peut-on écrire, du sort de leur parent. Quelques-unes peuvent être quérulentes. Une directrice indiquait avoir reçu de l'une d'elles, en un an, plusieurs milliers de messages électroniques. Un autre indique – c'est un ordre de grandeur – que 5% d'entre elles occupe 80% du temps qu'il consacre aux proches. L'existence de tels comportements a des explications dans l'état de la personne qui est, à tort ou à raison) source d'inquiétude, dans la nature des relations anciennement établies au sein de la famille, dans la concurrence dans une fratrie, ou dans des questions bien plus matérielles. Dans ces hypothèses, une réponse de l'établissement peine à convaincre, quelles que soient ses qualités. Pour ces proches, la canalisation de leur inquiétude dans **une expression plus collective** (conseil de la vie sociale ou plutôt réunion informelle) peut être une voie de salut. Mais pas toujours.

2/ C'est pourquoi on doit faire exister **une seconde ligne de règlement des conflits**, à la condition expresse qu'elle ne saurait être mobilisée à la double condition qu'un accord a préalablement été recherché avec l'établissement et qu'il n'a pu être trouvé, pour des motifs clairement identifiables.

Dès à présent, de multiples voies de recours existent. Elles sont trop nombreuses. Pour la clarté des choses – sans tenir compte de leur poids respectif – il convient de séparer les voies internes au système des EHPAD des recours externes.

Les voies de recours interne sont, en quelque sorte, des recours hiérarchiques au sein de l'entreprise privée ou de l'association, ou bien, s'agissant des établissements publics, au sein de la Ville de Paris.

Les entreprises privées ont, pour la plupart, mis en œuvre des cellules ou services de traitement des plaintes qui leur parviennent. L'un d'entre eux a même institué de manière publique un médiateur, à une date relativement récente. Si l'on s'en tient aux données de ce dernier dont il nous paraît préférable de laisser la publication à l'intéressé, il apparaît, d'une part, que le nombre de réclamations reçues est modeste ; d'autre part, que leur traitement – relativement rapide – implique bien la mise en cause de l'établissement avant toute décision ; enfin que les décisions prises à ce niveau ont réglé une très grande majorité des affaires mais pas la totalité. S'agissant de la Ville de Paris, elle est saisie, à l'initiative de l'établissement lui-même, conjointement avec l'agence régionale de santé, de fiches d'évènement indésirables jugés graves (EIG) mais sans forcément de rapport avec des réclamations d'usagers, qui ne donnaient pas lieu d'ailleurs jusqu'à une date récente de réaction et qui ont les faiblesses d'une « auto-déclaration ». Les plaintes des familles adressées aux services sont qualifiées de rares et celles reçues par le médiateur de la Ville en nombre encore plus faibles. Les services ont activé une adresse électronique pour faciliter le dépôt de réclamations, mais de manière trop récente, indique-t-on, pour qu'un bilan de son utilisation puisse être dressé.

Par conséquent, tout se passe comme si les familles (et *a fortiori* les résidents) avaient intériorisé le fait que la voie la plus efficace est celle du dialogue avec les établissements. On ne peut que s'en réjouir.

C'est dire que, s'agissant **des voies de recours externe**, on ne peut les envisager qu'avec une extrême prudence et **seulement dans des circonstances bien déterminées.**

Une exception peut être faite cependant. Il existe **un service téléphonique de traitement des plaintes de maltraitance par une association** (ALMA Paris). Ce service a un triple mérite qui mérite attention :

- D'une part, il vise spécifiquement les hypothèses de maltraitance (d'ailleurs pas uniquement en institution) ; le sujet est suffisamment délicat et difficile à inventorier, on l'a vu, pour maintenir une voie qui permet de l'éclairer ;
- D'autre part, l'accueil téléphonique a certes ses faiblesses (voir par exemple le faible nombre de saisines de bien des plates-formes similaires, comme celle créée par le Défenseur des droits pour lutter contre les discriminations), mais, en l'espèce, il a aussi des avantages par sa rapidité ;
- Enfin, le traitement par l'association des réclamations, qui met en cause systématiquement comme il convient l'établissement incriminé, regroupe une équipe pluridisciplinaire avec des juristes, des médecins, des psychologues et des travailleurs sociaux, accroissant sensiblement les chances d'une réponse satisfaisante.

En revanche, il y a lieu **d'être réservé sur les autres systèmes de réclamation organisés**, mais naturellement de droit, comme auprès des agences régionales de santé (une fiche-type de réclamation existe) ou auprès d'autres institutions, comme cette « personne qualifiée, créée récemment par la réglementation et dont les préfets n'ont même pas tous encore assurer la nomination comme ils le devaient. Ces procédures sont lourdes et l'instruction est le fait de personnes sans lien étroit avec le lieu du litige. Elles demandent donc un temps inconciliable avec la rapidité nécessaire. Qu'on nous comprenne bien : il ne s'agit pas de priver les personnes âgées ou leurs proches de recours qui leur sont ouverts. Il s'agit de valoriser les circuits de réclamation les plus rapides et les plus efficaces pour régler des litiges individuels. Les questions générales doivent évidemment être posées comme elles doivent l'être, auprès des responsables de politiques publiques. Ici les associations, qui rassemblent des intérêts divers et légitimes, doivent tenir toute leur place, en-dehors des services concrets qu'elles peuvent rendre dans les EHPAD.

La voie la plus étroite doit rester celle du juge. Il est bien évidemment nécessaire si l'établissement est jugé responsable d'un crime ou d'un délit, ou pour que soient réglées des questions de principe. Mais les délais de jugement rendent la décision finale de faible utilité pour les personnes âgées et la satisfaction morale bien aléatoire pour leurs proches

CONCLUSION

Il a été dit, d'emblée, que ce rapport n'entendait pas traiter de l'ensemble des aspects relatifs aux EHPAD implantés à Paris ou relevant de la Ville, en particulier le domaine économique et financier. L'examen de la manière dont les droits fondamentaux s'y appliquent est l'unique matière de ce rapport.

Cet examen, et les inquiétudes qu'il peut faire naître, nécessite qu'il soit rappelé ici de manière claire que le respect de la dignité des personnes âgées doit être le principe premier du fonctionnement des établissements, avant même les soins, avant même les préoccupations de rentabilité. Sans la volonté partagée et constante de traiter autrui, même dans la plus complète dépendance, comme on aimerait être soi-même traité, un établissement ne devrait pas pouvoir demeurer ouvert.

La difficulté réside dans la manière dont on peut mesurer l'application de ce principe. Il est difficile de porter un jugement sur les EHPAD puisque beaucoup de décisions à prendre sont un équilibre subtil entre l'autonomie de la personne et sa préservation, entre sa liberté et sa santé, entre ses vœux et le maintien d'une vie collective harmonieuse. On a donc envie d'écrire, après les échos qui leur sont régulièrement consacrés et, en particulier, en 2022, que les opinions exprimées sur ces établissements doivent s'entourer de précautions, et s'abstenir de critiques hâtives et injustes, comme certains proches inquiets peuvent les formuler, ou de louanges trop expéditives, comme on les entend dans des visites de circonstance. Les EHPAD, ceux qui y vivent comme ceux qui y travaillent méritent des contacts réguliers et approfondis.

Le travail qui s'y accomplit ne peut être que pluridisciplinaire. En dépit de tâches peu exaltantes et répétitives qui doivent y être effectuées, une approche partagée de la personne est indispensable. Les établissements les plus vivants sont ceux, comme on l'a vu, qui font par exemple participer les aides-soignantes à l'animation ou qui font venir l'animateur aux réunions de transmission. Ou, pour parler plus simplement, il ne peut y avoir d'approche de la personne que globale, dans un établissement qui héberge, soigne et fait vivre. C'est d'ailleurs la meilleure manière d'enrichir les métiers qui s'y exercent.

La tentation qui guette des EHPAD et surtout ceux qui, du dehors (collectivités publiques, entreprises), en ont la charge, est d'être considérés comme un lieu à protéger du monde extérieur, vivant une quasi-autarcie. C'est le point de vue inverse qui doit être adopté. Les établissements sont un élément d'un réseau de vie sociale plus facile à tisser dans une ville comme Paris que dans une ville de taille modeste. Les familles peuvent en être un élément essentiel, mais aussi les associations et les institutions administratives, culturelles, éducatives locales. La pandémie a brisé beaucoup d'initiatives. Elles ont repris. Elles peuvent être accentuées.

Mais on ne saurait remédier aux maux des EHPAD et des personnes âgées en général, que de multiples rapports ont déjà évoqués, sans une politique publique nationale résolue et novatrice. Des questions restent pendantes depuis des années et sont la cause de profondes

angoisses chez les personnes âgées, et d'envies d'abandonner le navire chez les personnels. La politique du maintien à domicile est sans doute populaire (qui ne souhaite pas demeurer chez soi ?). On doit se demander lucidement si cet objectif n'est pas un leurre ; s'il est praticable dans l'évolution de notre démographie, dans le délitement progressif des services de proximité et dans les distances de tous ordres qui s'établissent entre parents et enfants. En toute hypothèse, cette orientation évite de trop réfléchir au fonctionnement des EHPAD. Faut-il inventer des solutions intermédiaires entre le chez soi et l'établissement médico-social corseté dans sa réglementation (résidences de personnes âgées ? co-locations avec soignant ?). Le risque est alors de retarder d'autant plus l'entrée en EHPAD, lequel sera de plus en plus perçu comme un repoussoir, c'est-à-dire une préparation à la tombe. Dès à présent, la décision se prend souvent en catastrophe, lorsque la personne âgée et ceux qui l'entourent « n'en peuvent plus » ; elle est vécue dans la culpabilité, comme une trahison de l'être aimé. Il est temps de revenir à des objectifs plus en accord avec la réalité. La question qui doit être réfléchie est la suivante : comment, dans notre société et dans le respect de la dignité humaine, doit-on faire le choix de passer les ultimes années de son existence et comment assurer le meilleur moyen de le mettre en œuvre ? Tout invite à préparer une telle décision longtemps à l'avance et en définir collectivement les modalités.

Simultanément, les métiers d'aide à la personne souffrent d'un discrédit qui s'accentue avec le temps ; la mobilisation qu'ils impliquent et les faibles perspectives de rémunération et de carrière qu'ils offrent sont de plus en plus répulsives ; les questions de recrutement, comme on le sait depuis plusieurs années, ne sont pas réglées, pas plus que celles, qui leur sont liées, de taux d'encadrement. Quel chef d'entreprise accepterait un marché du travail dans lequel les intérimaires tiennent le haut du pavé et gèrent le temps à leur guise, les contrats à durée déterminée sont nombreux, les titulaires de contrats longs servent deux employeurs et l'absentéisme fleurit ? Là encore, les réactions nécessaires des pouvoirs publics méritent une sensible accélération, même si la cause des personnes âgées peut être dérangeante, même si la dualité des responsabilités (conseils départementaux, Etat déconcentré) ne facilite pas les prises de conscience.

En outre, certaines difficultés peuvent produire à court terme, en particulier dans le domaine des soins, des conséquences redoutables. Pourquoi attendre pour redéfinir un dispositif – le médecin coordonnateur – qui n'est même plus appliqué comme il devrait l'être, Paris étant sur ce point moins défavorisé que d'autres villes ? Le système de soins donne de sérieux signes de faiblesse de multiples côtés. Dans tel contexte, comment soigne-t-on les personnes âgées ? Faut-il autant déplacer les patients ? Ou plutôt déplacer la médecine ?

Il appartient aux conseils départementaux, aussi unis que leur permet naturellement des situations diverses et des choix légitimes, d'encourager la définition de cette politique inventive et urgente, en apportant leurs expériences des établissements, dont il leur revient d'avoir une connaissance précise.

Le rapport fournit, en attendant cet aménagement de fond attendu, quelques solutions accessibles à l'échelle d'une ville comme Paris, afin de contribuer à l'amélioration de la situation.

Dans la difficulté cependant, la quasi-totalité des personnels continuent d'œuvrer pour le bien-être des personnes qui leur sont confiées. Des errements peuvent exister, qui doivent être repérés et sanctionnés sans faiblesse ; tous les responsables d'établissement, dont la qualité, pensons-nous, est très généralement exceptionnelle, en sont conscients. Ces fautes ne rendent pas compte des efforts de ceux des salariés qui, pour reprendre les termes du directeur d'un établissement du groupe récemment mis en cause, « ne ménagent ni leur confort ni leur énergie pour améliorer le quotidien des résidents. » On ne saurait oublier davantage que ces efforts sont souvent suivis d'effets positifs : « Maman est très contente d'être dans cette maison de retraite, contente de sa chambre très claire, des soins médicaux qu'elle reçoit : elle se dit "chouchoutée". » écrit un proche à un autre chef d'établissement. Mais, quelle que soit l'opinion qu'on puisse se faire des établissements, rien de sérieux ne saurait y être fait si un effort constant, exemplaire et suivi d'écoute des personnes âgées n'est pas constamment à l'œuvre.

ANNEXES

Annexe 1

Lettre de mission de Madame la Maire de Paris

La Maire de Paris

Paris, le 22 MARS 2022

Monsieur le Conseiller d'État,

La mise en cause récente de plusieurs établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) appartenant au secteur privé à but lucratif a suscité une vague légitime d'indignation et d'inquiétude, notamment au sein des familles ayant un parent hébergé en EHPAD. Je souhaite, compte tenu de ces révélations récentes, que la Ville de Paris examine le fonctionnement global de l'ensemble des EHPAD du territoire parisien.

C'est pourquoi j'ai demandé, d'une part, à ce que l'ensemble des EHPAD, privés, publics et associatifs, du territoire parisien soit contrôlé par la Ville, avec la Direction des solidarités et l'Agence régionale de la santé Ile-de-France, et d'autre part, qu'un audit de l'Inspection générale de la Ville de Paris portant sur la gestion et le traitement des remontées et des signalements dans ces mêmes établissements soit diligenté.

C'est dans ce contexte que je souhaite vous confier une mission complémentaire sur l'accès aux droits fondamentaux des personnes accueillies dans les EHPAD parisiens afin de s'assurer notamment que leur parole et celle de leur famille soit prise en compte.

En conséquence, vous vous attacherez à consulter les personnes concernées et leurs proches ainsi que tous les acteurs que vous identifierez selon une méthode et un calendrier de travail que vous me proposerez dans les meilleurs délais. Le Secrétariat général de la Ville vous assurera l'accès à l'ensemble des EHPAD gérés par le Centre d'accueil social de la Ville de Paris et vous apportera son aide et celle des services sous sa responsabilité. Les autres établissements du territoire parisien seront informés de votre mission et invités à vous ouvrir également leurs portes.

Le Secrétariat général de la Ville de Paris se tient à votre disposition pour faciliter cette mission dont je souhaite connaître les conclusions au mois de juillet 2022. Un point d'étape commun aux trois chantiers (d'une part avec la Direction des solidarités et l'Agence régionale de la santé, d'autre part avec l'Inspection générale de la Ville de Paris) ainsi engagés sera organisé au mois de mai sous la responsabilité de mon Premier adjoint.

Je vous remercie vivement, Monsieur le Conseiller d'État, d'avoir accepté cette mission pour nous permettre d'améliorer significativement et rapidement la situation des personnes âgées accueillies dans les établissements parisiens.

Bien à vous, Anne Hidalgo

Anne HIDALGO

Monsieur Jean-Marie DELARUE
Conseiller d'État
Conseil scientifique
du Conseil d'État et de la juridiction administrative
1, place du Palais-Royal
75100 Paris cedex 01

Annexe 2

Liste des établissements visités

(par ordre chronologique de visite, du 13 mai au 6 septembre 2022)

1. Les Jardins de Montmartre, 18 rue Pierre Picard, 75018 Paris
   Directrice : Madame Cassandre RICHARD

2. Résidence de Sèvres, 81 bis rue Vaneau, 75007 Paris
   Directrice : Madame Inès SALEH

3. Korian-Monceau, 26 rue Méderic, 75017 Paris
   Directrice : Madame Claire MAUREL-TAUTH

4. Les terrasses de Mozart, 11 bis rue de la Source, 75016
   Directeur : Monsieur Frédéric LE CONTE

5. EPHAD Alice Prin, 5-17 rue Maria Helena Vieira da Silva, 75014 Paris
   Directrice : Madame Fabienne SABOTIER

6. Korian, 127 bis rue d'Avron, 75020 Paris
   Directrice : Madame Sandrine PETIT

7. Korian les Arcades, 116 avenue Daumesnil, 75012 Paris
   Directeur : Monsieur Fouad CHERGUI

8. EHPAD Harmonie, 2, place Charles-Louis, 94470 Boissy-Saint-Léger
   Directeur : Monsieur Florent ABOUDHARAM

9. Les Airelles, 8-12 rue des Panoyaux, 75020 Paris
   Directrice : Madame Claire DJIKPESSE

10. EHPAD Furtado Heine, 5 rue Jacquier, 75014 Paris
    Directrice : Madame Anita ROSSI

11. EHPAD Julie Siegfried, 39-41 avenue Villemain, 75014 Paris
    Directrice : Madame Anita ROSSI

12. EHPAD Galignani, 89 boulevard Bineau, 92200 Neuilly-sur-Seine
    Directrice : Madame Dorothée CLAUDE-CHEREYZY

13. Les Jardins de Belleville, 259 rue de Belleville, 75019 Paris
    Directrice : Madame Nadine VINEL

14. Les Amandiers, 5-7 rue des Cendriers, 75020 Paris
    Directeur : Monsieur David VALLAYER

15. EHPAD François 1er, 6 rue de la Pléiade, 02600 Villers-Cotterêts
    Directeur : Monsieur François DELARUE

16. Ma Maison, 71 rue de Picpus, 75012 Paris
    Directrice : Sœur Patricia (Petits frères des pauvres)

17. La Maison des parents, 67A rue du Château des Rentiers, 75013 Paris
    Directrice : Madame Florence SOYER

Annexe 3 : personnes auditionnées

(hors des visites d'établissements)

ALMA Paris (Monsieur Claude LEPRESLE, président)

ASFAPADE Ville de Paris (Madame Maryse Gautier LEGHLID, président)

CPAE (Madame Sabrina DELIRY, présidente)

Direction des Solidarités de la Ville de Paris

France-Alzheimer (Monsieur Joël JAOUEN, président ; Monsieur Benoit DURAND, directeur général délégué ; Mme Lorène GILLY, responsable des affaires publiques)

Monsieur Laurent GARCIA, Cadre de santé en EHPAD

Inspection Générale de la Ville de Paris

SYNERPA (par visioconférence)

Monsieur PRÉTOT, responsable Médiation-France (Korian)

Annexe 4

Suggestions d'action

(dans l'ordre du rapport)

A/ - Mieux prendre soin

1 – Un médecin à temps plein, jouant le rôle de médecin traitant dans chaque établissement ; un rôle de coordonnateur assuré aussi par l'infirmier cadre de santé, aux tâches administratives réduites par un emploi de secrétaire médical fortement qualifié ;

2 – Intégrer l'établissement dans un réseau de soins ;

3 – Faire venir des spécialistes en consultation sur place ;

4 – Aménager les locaux correspondants.

B/ Mieux partager le travail indispensable

5 – Savoir mobiliser les proches pour des tâches telles que sorties, accompagnement, transport, activités ; ils ne sauraient se substituer à aucun professionnel (et réciproquement);

6 – Insérer les activités de l'établissement dans un réseau de proximité culturel et récréatif (qui ne manque pas à Paris) ;

7 – Renforcer les liens avec les mairies d'arrondissement ;

8 – Encourager les conventions, parrainages… (intergénérationnels ou non) avec des personnes morales publiques ou privées ;

9 – Réfléchir aux impossibilités et aux possibilités de la sous-traitance ;

10 – Développer les échanges entre pairs de tous les professionnels d'établissement ;

11 – Les professionnels (aides-soignantes, auxiliaires de vie) doivent être reconnus prioritaires dans les attributions des logements sociaux de la Ville de Paris.

C/ Développer le rôle des résidents dans les choix de la vie collective

12 – Spectre à accroître sensiblement de décisions associant les usagers ;

13 – Conseil de la vie sociale : y intégrer des représentants d'associations dont l'objet social est la défense des intérêts des personnes âgées ;

14 – Conseil de la vie sociale : décisionnaire dans certains domaines (d'autres étant nécessairement exclus) ;

15 – Echanges informels collectifs réguliers avec les familles ;

16 – Développer systématiquement le plus précocement possible l'information des proches sur ce que peut et ne peut pas faire l'EHPAD ;

17 – Développer la possibilité de courts séjours (quota de places à cet effet).

D/ Mieux utiliser les nouvelles technologies

18 – La vidéoprotection dans les locaux (surtout dans les chambres) doit être absolument proscrite ; le bracelet électronique ou autres instruments connectés doit rester d'usage exceptionnel et après avis médical ;

19 – Développer largement les relations par visio-conférence avec les proches, y compris d'EHPAD à EHPAD ;

20 – A cet effet mettre en place des équipements mobiles et dédier en même temps une salle à cet effet ;

21 – Développer (par les animations) l'accès aux connaissances disponibles sur le « net » ;

22 – Former les professionnels à cette fin ;

23 – Diffuser un catalogue national des ressources disponibles sur le « net » ;

24 – Offrir des formations au numérique pour les résidents ;

25 – Limiter fermement les visio-conférences médecin – patient aux seuls échanges dans lesquels diagnostic et modalités thérapeutiques ne font aucun doute.

E/ Ouvrir davantage les perspectives de vie en EHPAD

26 – Elargir les thèmes proposant des connaissances et facilitant la réflexion (du type « café – philo ») ;

27 – Larges possibilités à Paris, du fait de la richesse intellectuelle d la capitale.

F/ - Mieux réguler les conflits

29 – Le meilleur cadre à cette fin est l'établissement ;

30 – Existence généralisée d'un responsable « éthique » et d'un responsable « qualité » ;

31 – Direction, médecin et infirmier coordonnateur cadre de santé doivent être accessibles (exigences de l'architecture, de l'emploi du temps et des moyens de communication à cette fin) ;

32 – Possibilité d'associer à des médiations locales les représentants d'associations siégeant au conseil de la vie sociale (cf. 13 ci-dessus) ;

33 – Formuler des réponses claires et précises (éventuellement négatives) seulement après brève enquête contradictoire si un agent est mis en cause ;

34 – Formation à la conciliation et à la médiation (cadres et associatifs) ;

35 – Utiliser davantage et lieux les déclarations d'évènements indésirables graves (EIG) qui, bien exploités par les partenaires, sont un réel moyen d'amélioration ;

36 – S'efforcer de canaliser les familles quérulentes dans une forme d'expression collective ;

37 – Voies de recours internes (dans l'organisation à laquelle l'étab^{t} appartient) : seulement en cas d'échec dans l'établissement et si les causes en sont claires ;

38 – Voies de recours externe (hors organisation) : seulement dans des circonstances exceptionnelles ; il est donc inutile de les multiplier ;

39 – Intérêt toutefois du maintien d'une ligne téléphonique d'appel en cas de maltraitance ;

40 – Le juge, hors cas de crime ou délit, est la pire des solutions ; l'éviter doit être recommandé sauf à faire juger des questions de principe.

_____