

Le 6 mars 2023, Monsieur Jean-Christophe COMBE, ministre des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes handicapées et Madame Geneviève DARRIEUSSECQ, ministre déléguée chargée des personnes handicapées, ont lancé les Etats généraux des maltraitances. Dans ce cadre et en lien avec Alice CASAGRANDE, conseillère "lutte contre la maltraitance" de Monsieur Jean-Christophe COMBE, le Centre Hospitalier de Brocéliande (CHB), Hôpital de proximité en Ille et Vilaine, rattaché au CHU de Rennes, souhaite apporter sa pierre à l'édifice, son « galet breton », à la construction de la Stratégie nationale de lutte contre les maltraitances. Les acteurs de cet établissement du territoire breton, qui prend en soin des personnes âgées, y contribuent ici par le résultat des échanges croisés entre professionnels du CHB, du domicile, du handicap, des usagers et des élus du territoire, lors d'une journée qui s'est déroulée le 4 mai 2023, intitulée :

Accompagner et soigner avec bien-traitance

Un enjeu d'éthique, d'expression des usagers et de droits au quotidien



Dessins exprimant la perception du sujet par les personnes accueillies lors d'atelier d'animation dans le cadre de préparation de la journée

**Actes du colloque organisé par le Centre Hospitalier de Brocéliande
au Domaine de Tremelin, IFFENDIC,
le jeudi 4 mai 2023**

Sous la direction de Karine Lefeuvre

Juriste spécialisée sur la démocratie participative et l'éthique, Vice-présidente du Comité Consultatif National d'Ethique, professeure à l'EHESP

SOMMAIRE

Introduction p 4

Première partie : de quoi parlons-nous ?

Paroles d'une résidente, *Maryvonne LE BORGNE* p 6

A) Bien-traitance, droit et éthique : de quoi parlons-nous ? Quels enjeux pour demain ?

Interview croisée avec un représentant d'utilisateur et un juriste : Modératrice : *Béatrice LOUAPRE*,
Elève Directrice d'Etablissement Sanitaire Social et Médico-Social, EHESP :

Alain VIDAL, Représentant des usagers au CHU de Brest et à l'Espace de réflexion éthique de Bretagne (EREB)

Karine LEFEUVRE, Vice-présidente du Comité Consultatif National d'Éthique, Professeure à l'EHESP

Paroles d'une résidente, *Angèle PIEVACHE* p 11

B) Table ronde : Bien-traitance, non-maltraitance : quelle place dans les pratiques ?

Modérateur : *Kevin CHARRAS*, Directeur du Living Lab Vieillesse et Vulnérabilités,
Président Kozh Ensemble - Gérontopôle Bretagne

Pr Dominique SOMME, Chef du pôle ASURMIG, CHU de Rennes

Docteur Véronique LE MEE, Présidente de la CME du CHB

Sophie PELLIER, Directrice du Centre de réadaptation du Patis Fraux à Vern-sur-Seiche et référente handicap de la FEHAP Bretagne

Yves CHENEDE, Représentant des usagers - CDU du CHB

William ROBIN-VINAT, Psychologue clinicien de l'équipe mobile soins palliatifs CHU Rennes

C) Recueillir les besoins et attentes exprimés par les usagers et les professionnel(le)s : Retour d'expérience de l'« Atelier bien-traitance » mené au CH de Brocéliande.

Béatrice LOUAPRE, Elève Directrice d'Etablissement Sanitaire Social et Médico-Social, EHESP

Maryvonne LE BORGNE, Résidente à l'EHPAD du CHB, Présidente du CVS

Florence MARTIN, Infirmière au CHB, Master Soins éthique et santé

D) Les ressources éthiques sur le territoire : les missions de l'Espace de réflexion éthique de Bretagne, EREB et de l'EREAM Espace de réflexion éthique Age et Mémoire

Dr Cyril HAZIF-THOMAS, Psychiatre, Directeur de l'EREB (CHU Brest) et Codirecteur de la CNERER

Dr Aline CORVOL, Gériatre (CHU Rennes) coordinatrice de l'Espace de réflexion éthique Age et Mémoire (EREAM - Rennes)

Deuxième partie : échanges entre professionnels et usagers

Tables rondes avec des professionnels, résidents et familles autour des deux questions suivantes :

- 1) Quelles sont les principaux leviers de bien-traitance ? p 20
- 2) Comment rendre la réflexion éthique plus accessible pour tous ? p 22

Restitution en plénière animée par Karine LEFEUVRE et le Dr Cyril HAZIF-THOMAS

Troisième partie : Débat public

Interview croisée suivie d'un débat public p 24
Coanimé par Karine Lefeuvre et Kévin Charras

Malik LAHOUCINE, Directeur général adjoint, Agence régionale de santé Bretagne
Anne-Françoise COURTEILLE, 1^{ère} vice-présidente du Conseil départemental d'Ille-et-Vilaine
Alain Vidal, Représentant des usagers au CHU de Brest et à l'Espace de réflexion éthique de Bretagne (EREB)

Didier GILBERT, Président du CTS Haute-Bretagne

Professionnelle de santé du territoire : Michelle LASSALLE, Directrice HAD 35

Elu du territoire : Pierre GUILLOUET, 2^{ème} adjoint à la ville de Montfort-sur-Meu sur le pôle santé et solidarités et vice-président au Syndicat Mixte du Pays de Brocéliande sur le pôle santé et services.



Introduction

M. Malik LAHOUCINE, Directeur général adjoint, Agence régionale de santé Bretagne

M. Stéphane GUILLEVIN, Directeur délégué du Centre Hospitalier de Brocéliande (35)

Penser et échanger en interdisciplinarité : La journée du 4 mai 2023 organisée par le Centre Hospitalier de Brocéliande au Domaine de Tremelin sur le thème de la bien-traitance au quotidien a permis, comme le souligne le trait d'union entre bien et traitance, de penser et échanger en interdisciplinarité sur le territoire n°5.

Dans son mot de bienvenue, **Monsieur Stéphane GUILLEVIN** a invité l'assemblée à avoir une pensée pour les résidents qui ont contribué à cette journée par la réalisation de posters.

Ce colloque, comme l'a souligné, **Monsieur Malik LAHOUCINE**, DGA ARS Bretagne est « *le bon moment* » pour engager et poursuivre ces réflexions car « *il y a une proposition de loi aujourd'hui étudiée par nos assemblées parlementaires et « nous devons avoir ensemble des réflexions sur la bientraitance et la qualité* ».

« On aura aujourd'hui de la matière pour promouvoir une ambition forte de bientraitance »

La bientraitance mise à l'agenda avec la Loi 2002, se construit par incrément et « *nous ne pouvons pas nous satisfaire de la situation dans laquelle on se trouve* ».

Depuis le premier Projet régional de santé (PRS) piloté par l'ARS en 2011, des actions concrètes ont été mises en place, en érigeant la bientraitance comme thématique prioritaire de l'ARS. Des dispositifs ont été créés pour accompagner le secteur et le travail avec les partenaires, notamment avec les représentants des usagers.

Monsieur Malik LAHOUCINE évoque son étonnement et sa satisfaction qu'un événement tel que celui-ci se tienne en milieu "semi-rural". Il est intéressant d'étendre le débat sur la bientraitance en dehors des grandes villes.

Quels sont les moyens engagés « *au-delà des belles intentions et des paroles de l'ARS sur la bientraitance* » ? C'est 10 millions d'euros pour accompagner ces opérateurs et accompagner la formation des professionnels. Il est nécessaire de « *donner des signes au secteur pour accompagner les parcours des professionnels afin qu'ils puissent inscrire la bientraitance dans leurs pratiques quotidiennes* ».

Signaler un acte de maltraitance à domicile ou en établissement pourra se faire par la création d'une instance au niveau régional qui se coordonnera ensuite avec les fonctions régaliennes.

Monsieur Malik LAHOUCINE conclue ainsi son propos introductif : « **Etonnez-nous, surprenez-nous, vraiment on sera très attentif à l'ensemble des réflexions que vous pourrez produire aujourd'hui** ».



Première partie : de quoi parlons-nous ?



Témoignage d'une résidente : Madame Maryvonne LE BORGNE, Présidente du CVS :

« La bientraitance me fait penser surtout à la douceur car lorsqu'on est à l'EHPAD, on a besoin de douceur ça nous manque beaucoup ça. La douceur, on la retrouve dans tout, dans les gestes des soins, dans les gestes si on doit donner à manger à quelqu'un. La gestuelle est très, très importante aussi. La douceur est dans la parole et l'écoute. Ecouter l'autre, savoir donner un temps d'écoute, car on a besoin d'être écouté, **on a besoin d'exister, voilà, tout simplement !** On est peut-être âgé, malade mais on est là, **on est une personne à part entière et ça, il ne faut pas l'oublier.**

Autrement, il y a le respect aussi, c'est indispensable. On peut passer à côté. Respecter aussi les différences, chacun est différent donc on est obligé de se mettre à la portée de chacun et il faut aussi aider, il faut beaucoup d'aide, on peut plus faire donc on attend de l'aide ».

« Oui, il y a aussi la bienveillance. Alors entre la bienveillance et la bientraitance évidemment, il n'y a pas un gros écart. **La bientraitance c'est plus peut-être physique et la bienveillance c'est peut-être plus moral. On a besoin des deux il n'y a rien à faire** ».

« Il y a tout un ensemble qui entre en jeu. **Il y a les animations qui nous font sortir de nous-mêmes. Il y a les repas aussi.** Le repas est un moment de convivialité pour ceux qui peuvent descendre en salle à manger ».

A) Bien-traitance, droit et éthique : de quoi parlons-nous ? Quels enjeux pour demain ? : Interview croisée avec un représentant d'utilisateur et une juriste

Alain VIDAL, Représentant des usagers au CHU de Brest et à l'Espace de réflexion éthique de Bretagne (EREB)

Karine LEFEUVRE, Vice-présidente du Comité Consultatif National d'Éthique, professeure à l'EHESP

1- Pouvez-vous nous dire un mot sur vos fonctions et missions respectives ?

Alain VIDAL : « Être représentant des usagers c'est assurer la promotion et le contrôle du respect des droits des usagers, c'est traiter les plaintes ».

« J'ai une vision décapante, très terrain, le représentant des usagers, c'est celui qui est en contact avec un vrai quotidien. Donc ne soyez pas surpris si j'ai des visions décalées par rapport aux théories. Je siège aussi dans les commissions de recherche dont les protocoles qui impliquent la participation d'êtres humains ».

Karine LEFEUVRE : « L'enjeu aujourd'hui, c'est l'éthique de terrain, que l'on peut qualifier d'éthique de proximité. Une éthique qui concerne vos pratiques à vous, qui vous touche, qui vous parle ».

« Je siège dans plusieurs comités éthiques, du niveau national (vice-présidence du Comité consultatif national d'éthique - CCNE), régional (Espace régional de réflexion éthique de

Bretagne- EREB) et local (Espace de réflexion éthique Âge et Mémoire sur le territoire de Rennes) ce qui permet de saisir les enjeux et les méthodes de diffusion de la réflexion éthique- sur les différentes strates du territoire ».

Cette journée présente le double intérêt d'une part de rassembler et sensibiliser toutes les parties prenantes sur ce territoire « semi-rural » et de s'inscrire d'autre part, dans le mouvement impulsé le 6 mars dernier, dans le cadre des Etats généraux des maltraitances, par le ministre Jean-Christophe COMBE et la ministre déléguée Geneviève DARRIEUSSECQ. Cette action est pilotée par la Conseillère Alice CASAGRANDE, ancienne présidente de la Commission de prévention et de lutte contre la maltraitance et de promotion de la bientraitance »

2- Pourquoi la crise sanitaire a-t-elle été autant traversée par le questionnement éthique, juridique et par la question démocratique ?

Alain VIDAL : Pour Karine LEFEUVRE « *l'hôpital ou l'établissement médico-social doivent être avant tout des lieux de respect des droits et des libertés pour les personnes vulnérables, et non des lieux de non droit* ».

« *Or pour moi l'EHPAD peut être un lieu de non droit. Pour les usagers et les personnes extérieures au système, la loi peut paraître être du seul ressort du directeur sans contrôle extérieur. A ce titre, j'essaie de défendre l'idée de mettre dans les EHPADs des représentants des usagers indépendants* ».

Karine LEFEUVRE : L'EHPAD est un lieu où beaucoup de textes de droit coexistent, parfois s'entrechoquent. En matière de prévention et de lutte contre la maltraitance, une des questions majeures est celle de la matérialité et du suivi des alertes et des signalements. Durant la crise sanitaire, le CCNE a été saisi à de nombreuses reprises par le ministre de la santé, mais aussi des instances (Commission nationale de lutte contre la maltraitance, associations de directeurs, professionnels de santé de terrain, familles, etc.).

« De cette période de crise et désormais de post-crise que nous analysons avec un autre regard, j'en retiens de façon tout à fait positive, une nette progression et un ancrage du questionnement éthique, une acculturation à tous les niveaux. En la matière, le questionnement éthique est étroitement lié aux questions de démocratie et de participation des usagers. Rien ne peut plus se faire désormais, y compris pour nourrir la réflexion éthique et du sens, sans associer des personnes accueillies et/ou leurs représentants ».

Les règles ont parfois été interprétées et appliquées différemment selon les établissements. En miroir de la remarque de Mr Vidal, peut être questionné parfois le rôle du directeur dans cette interprétation de la règle de droit.

3- Est-ce qu'il y a une spécificité des questions de droit et de l'éthique dans l'accompagnement des personnes vulnérables à domicile et en établissement ?

Karine LEFEUVRE : Il est nécessaire de mettre en place des dispositifs d'alerte et de vigilance. La Région Bretagne a été précurseur sur ces questions d'alerte avec l'instauration de plusieurs dispositifs. **« L'enjeu est de susciter, de recueillir et de prendre en considération par des actes l'expression de ces personnes. Il faut rechercher, créer les conditions favorables à l'expression des choix, désirs, opinions, oppositions... Plus elles sont vulnérables et fragiles, plus elles sont isolées, plus il faut aller rechercher leur parole. Réfléchir à accompagner l'expression difficile, réfléchir aux solutions subsidiaires lorsque la personne n'est plus en capacité de s'exprimer elle-même : Vers qui peut-on se tourner ? »**

Alain VIDAL : « La résidente dans son témoignage a parlé de vivre. **Vivre, c'est risquer, c'est prendre des risques, vivre c'est une liberté de décision, de choix, ce n'est pas parce qu'on est résident qu'on n'a pas d'avis.** »

4- Question à Alain Vidal, quels sont pour vous les droits les plus mis à mal dans la vie des personnes accompagnées ?

Alain VIDAL : « Parmi les droits les plus mis à mal, il y a d'abord la méconnaissance des droits des résidents, peu de personnes connaissent les droits de la personne hospitalisée ou hébergée en EHPAD. **On a un vrai combat à mener pour dire aux gens qu'ils ont des droits et qu'on est là pour les faire respecter** ».

Les droits les plus mis à mal sont l'accès aux soins et à l'autonomie de choix. Non seulement 50 à 60% des personnes passées par les urgences n'ont pas compris la réalité de leurs droits, mais la moitié n'ont pas conscience qu'ils n'ont pas compris. **Pour choisir, il faut d'abord comprendre et se mettre à niveau** ».

5- Quelles actions principales mettre en œuvre pour faciliter la prise en considération de la parole des usagers dans l'accompagnement en établissement / à domicile ?

Alain VIDAL : « La première mesure c'est de donner à l'usager, le résident, la possibilité de s'exprimer ». J'ai entendu dire « je ne parle pas parce qu'après on va me « saquer », on va se retourner contre moi ». A l'hôpital, le système de plainte existe mais en EHPAD ce système n'existe pas, ou pas suffisamment. **Je pense qu'il faut libérer la parole des gens, ils vont s'exprimer, dire ce qui s'y passe. L'objectif c'est d'améliorer le système** ».

Karine LEFEUVRE : « Le défi à relever pour chacun des acteurs est de créer les conditions d'un dialogue, le terme « oser s'exprimer » je l'entends des professionnels et des usagers, à la fois à l'hôpital et quelles que soient les structures, y compris à domicile ».

6- Comment on associe les usagers, comment on les fait participer ?

Le référentiel de certification de l'HAS de 2022 et le document dédié à l'évaluation du questionnement éthique insistent sur la nécessaire participation des usagers, l'impulsion nécessaire à donner pour « créer des instances de dialogue. Il est prévu parmi les critères des experts visiteurs d'associer les usagers et d'évaluer l'impact sur les pratiques des professionnels de santé et du social, et le vécu des usagers ».

« L'une des modalités est d'encourager les équipes à lister toutes les modalités (lieu, temps, acteurs) d'expression des usagers et des professionnels, réfléchir de façon concertée aux supports et leviers novateurs de création du lien »

Alain VIDAL : « Vous n'accomplissez pas votre tâche, vous « n'existez » que parce qu'il y a des résidents et des malades. Ne vous posez plus la question, allez-y ».

Karine LEFEUVRE : « Le défi est bien d'instaurer le double réflexe, intriqué de la participation et de la réflexion éthique ».

7- En matière de lutte contre la maltraitance, existe-t-il une loi que l'on pourrait qualifier de loi du silence ? La peur des représailles est-elle encore une réalité ?

Alain VIDAL : Oui, cette peur des représailles existe. Plus largement, est-ce à la loi de dire qu'il faut être bienveillant avec les résidents, oui pourquoi pas, mais est-ce que c'est à la loi de le vérifier et de quelle façon ?

« Les EHPADs sont marqués par des scandales réguliers. J'élimine le problème financier, je parle de la vie, moi la question que je pose, c'est » : L'ARS a-t-elle les moyens et si oui comment peut-elle vérifier que les résidents sont heureux ? Si elle a un rôle de contrôle financier, réglementaire, je ne suis pas sûr que l'ARS dispose réellement des moyens pour effectuer ces contrôles et savoir si les résidents sont heureux ou pas ».

Karine LEFEUVRE : Cela reste un sujet d'actualité, même si le sujet préexistait il y a 20 ans. Les réunions du CNR Bien vieillir ont fait état de la subsistance encore vive de la peur des représailles, alors même que des avancées réelles ont été constatées ces dernières années en matière de prévention et de lutte contre la/les maltraitements.

« Les restitutions de cette journée qui vous rassemblent acteurs du territoire, managers, professionnels, élus, personnes âgées et personnes en situation de handicap, représentants d'usagers et notamment des groupes cet après-midi seront transmises au ministre Jean-Christophe Combe, ce sera un petit galet breton à l'édifice dans le cadre des Etats généraux des maltraitements lancés le 6 mars ». Il est à noter une augmentation du nombre de professionnels formés à la bientraitance.

La définition de la maltraitance n'a été introduite dans le Code de l'action sociale et des familles qu'en 2022. Elle est issue d'un travail de concertation mené par la Commission de lutte contre la maltraitance et de promotion de la bientraitance présidée par Alice Casagrande.

Le débat sémantique existe depuis plusieurs années : on a parlé de maltraitance, de maltraitance et de bientraitance, puis uniquement de bientraitance et à nouveau de maltraitance. En réalité les deux sont intriqués, et œuvrer à la bientraitance suppose une sensibilisation et une prise de conscience en amont de ce qu'est la maltraitance, ou plutôt des maltraitements car elles sont protéiformes.

Il est important de distinguer la bientraitance perçue par le soignant et la façon dont les actes, les gestes ou les mots associés vont être reçus par le résident/patient.

Débat avec le public présent dans la salle

Dr HABERBUSCH, médecin coordonnateur : « Considérer l'autre comme soi, être bienveillant comme on voudrait qu'on le soit vis à vis de nous-même ». **Il faut communiquer et sensibiliser les soignants comme les soignés à l'ensemble de ces problématiques pour redonner du sens au travail ».**

Marie-Christine HOSQUET, Directrice, Clinique de Combourg : Il faut effectuer un **gros travail sur les émotions** lorsqu'on s'occupe de personnes qui perdent la capacité d'exprimer leur vouloir. **C'est aussi ce qu'on ressent, car peut-être, que ce sera nous plus tard, cela peut générer des transferts et contre transferts qui peuvent être maltraitants ».**

« Pour autant quand l'autre ne vous parle pas, c'est à vous de lui expliquer ce que vous faites, là je vous lave les bras, cette façon humaine d'accompagner ». Il faut s'interroger sur les interactions soignant/soigné.

Karine LEFEUVRE A ce titre, je vous invite à lire le dernier avis du CCNE n°142 sur le consentement et le respect de la personne dans la pratique des examens gynécologiques et touchant à l'intimité.

Pr Dominique SOMME : On a l'habitude de parler d'« unité fermée » or, « quand on a une restriction de liberté d'aller et venir, c'est qu'un juge s'est prononcé, et ces personnes sont dans ces unités sans qu'un juge ne se soit prononcé ». « Les unités fermées, ça n'existe pas ».

Alain VIDAL : L'application d'une mesure de contention par une personne habilitée n'est pas toujours effective. « Il y a plus de psychotropes administrés en EHPAD qu'en prison ».

Karine LEFEUVRE : Un rapport de la Défenseure des Droits porte sur le respect des droits en EHPAD et plus récemment sur le suivi des recommandations. Il est significatif d'observer que les saisines de cette Institution augmentent au regard de la question du respect des droits en EHPAD.

Frédéric RIMATTEI, DGA CHU de Rennes : « On a beaucoup parlé des directeurs d'EHPAD lors de la crise COVID et à juste titre, car, la peur des directeurs d'établissement, c'est de savoir qui va être responsable en cas de contaminations voire des décès au sein de la structure dont ils sont les seuls responsables légaux.

« Nous sommes tous des professionnels du monde de la santé, car nous sommes tous convaincus, que **le traitement avec humanité, le respect des souhaits formulés par les résidents ou les patients, devraient toujours prédominer dans les décisions.** Et si ce n'est pas toujours ce qu'on a constaté pendant la crise, c'est que le niveau d'incertitude et de risque étaient majeurs et que certaines décisions ont été prises à cause de la peur de leurs conséquences potentiellement dramatiques pour les personnes accueillies et les professionnels. Il faudrait donc desserrer le cadre réglementaire et juridique qui donne souvent peu de droit à l'erreur »

Karine LEFEUVRE : L'avis du CCNE du 30 mars 2020 sur le confinement en EHPAD et en USLD, rendu sur saisine du ministre de la santé Olivier Véran, insiste sur ce contexte sanitaire exceptionnel permettant de déroger à certains droits et libertés. Mais, il rappelle aussi la nécessité de mesurer à côté du risque épidémique le risque, parfois encore plus fort de rupture du lien social chez les publics fragilisés. Avec du recul, une des leçons à tirer de la crise, est sans doute de faire preuve de plus de mesure dans ce domaine.

Parole d'une résidente : Madame Angèle PIEDVACHE, résidente

A la question quand je vous dis le mot bienveillance à quoi pensez-vous ?

« Je pense toujours à la bienveillance (...) C'est-à-dire s'occuper bien des personnes qui résident ici (...) c'est-à-dire que les besoins des résidents il y a la toilette, le repas aussi. Par exemple moi on m'a demandé de **mettre mes bas à 5h du matin, j'appelle ça de la maltraitance parce que c'est trop tôt** (...). Les personnes invalides ont besoin de réconfort (...). La chorale ça nous fait rire aussi (...). Il faut répondre aux besoins des handicapés car ils ont plus besoin que nous (...). Ici on est très bien considéré ».

B) Table ronde : Bien-traitance, Non-maltraitance : quelle place dans les pratiques ?

Modérateur : Kevin CHARRAS, Directeur Living Lab Vieillesse et Vulnérabilités, Président Kozh Ensemble Gérontopôle Bretagne

Pr Dominique SOMME, Chef du pôle ASURMIG CHU de Rennes

Docteur Véronique LE MEE, Présidente de la CME du CHB

Sophie PELLIER, Directrice du Centre de réadaptation du Patis Fraux à Vern-sur-Seiche et référente handicap de la FEHAP Bretagne

Yves CHENEDE, Représentant des usagers - CDU du CHB

William ROBIN-VINAT, Psychologue clinicien de l'équipe mobile d'accompagnement et soins palliatifs CHU Rennes

1- Question au Pr. Dominique SOMME : comment on perçoit la maltraitance, comment on la prévient ?

Pr. Dominique SOMME : Pour la percevoir, il faut qu'il y ait possibilité de libérer la parole.

« La question de la banalité de la maltraitance est importante à avoir en tête. **La première chose qui fait que personne n'en parle c'est que personne n'a l'impression que c'est maltraitant.** Ou alors « j'ai vu bien pire tu sais » donc « je ne vais pas en parler ».

« Est-ce que je peux parler à quelqu'un d'autre de ce dont j'ai été témoin ? »

« Il faut s'interroger sur sa propre maltraitance avant de questionner la maltraitance des autres ».

Penser d'abord le temps avant de penser la formation. Nous avons besoin de temps pour se parler. **« L'action sans réflexion est de la maltraitance ».** Il est important de penser l'action au quotidien. Le risque demeure celui de « la maltraitance ordinaire ».

Kevin CHARRAS : Une forme de maltraitance ordinaire que l'on aurait tendance à réduire, à sous-estimer par rapport à ce qui peut être vécu.

Question au Docteur Véronique LE MEE : comment on signale la maltraitance, comment elles sont vécues ?

Dr Véronique LE MEE : « Il faut qu'il y ait une **qualité de dialogue**, avant de signaler, il faut qu'on arrive à s'en parler, il faut qu'on prenne du temps. On apprend à le faire notamment dans les situations de fin de vie où il faut du temps pour échanger, pour se remettre en question, pour traiter de sujets sensibles parce que **la maltraitance et l'absence de bientraitance pourrait s'améliorer si on prenait le temps d'interroger nos pratiques** ». Il nous faut du temps pour parler et cela peut passer par les groupes d'analyse de pratiques. **« Si on arrivait à s'en parler... ».** A titre d'exemples, **j'ai en tête une histoire de sonnette** : « il faut arriver à se dire que quand quelqu'un sonne, il faut aller voir, se « décarcasser » pour que quelqu'un aille voir. On revient à la question du temps, du temps d'attente, du temps soignant.

Kevin CHARRAS : C'est peut-être une question d'usure professionnelle aussi.

Pr Dominique SOMME : « **C'est une question de libération de la parole. Une chose qu'il faut se dire, c'est qu'on a tous été mal traitants, il faut donc regarder sa maltraitance avant de regarder celle des autres** ». Quand je raconte l'histoire dans laquelle j'ai été impliqué jeune médecin du patient mourant à qui j'avais prescrit un scanner, c'est une dure leçon de vie qui marque son parcours. « **C'est ça la maltraitance, ce n'est pas en voulant faire mal, c'est en voulant faire bien. Il faut s'en parler car tout le monde a des histoires comme ça** ».

3- Question à William ROBIN-VINAT : comment remédier à des situations de maltraitance au regard des différentes perspectives des différents protagonistes ?

William ROBIN-VINAT : « On insiste sur l'importance de la parole, de se parler entre nous, de se parler à soi-même. Le mot maltraitance, d'emblée quand on l'évoque, on peut avoir la crainte que ce soit quelque chose de massif, avec la justice, on parle de signalement, voire de dénonciation. Il faut du temps, des espaces pour se parler, accepter de s'ouvrir un peu aux autres dans un climat de confiance ».

« **La maltraitance, ce n'est pas toujours le fait de l'autre, c'est aussi le fait de soi-même, de son positionnement**, se rendre compte ensemble qu'on est tous dans le même bain, peut-être qu'on peut **faire amende honorable et dire « oui, ça peut arriver »**. **On peut tous y être non seulement confrontés mais aussi acteurs**. Qu'est-ce qui nous pousse à ça?: Le manque de temps, l'envie de soigner coûte que coûte, en soins palliatifs, on est sans arrêt confronté à ça, le sentiment d'être dans une impasse, de ne pas avoir le choix. **Il faut s'interroger sur les conditions et les différents paramètres qui conduisent aux situations de maltraitance**.

Kevin CHARRAS : Il y aurait un décalage entre les regards des différents soignants mais aussi la perception du résident, patient, avec celle du soignant qui veut bien faire.

William ROBIN-VINAT : Il faut **se poser la question de savoir si la personne le ressent comme une maltraitance**. Il y a un biais car pour être bien soigné, on essaie d'être un bon patient, et dans notre imaginaire, le bon patient il se tait, il patiente »

4 - Question à Yves CHENEDE : avez-vous des remontées sur ces sujets-là ?

Yves CHENEDE : Nous n'avons que très peu de plaintes et réclamations des résidents qui craignent à faire des observations avec peut-être une peur des représailles. Une autre raison principale pour moi réside dans le fait que les usagers voient bien comment fonctionne l'hôpital et n'ont pas de difficulté à mesurer l'insuffisance des moyens humains pour assurer un service de qualité.

Sophie PELLIER : Il peut s'avérer difficile d'apporter une réponse que l'on n'a pas toujours. Il est important de communiquer aussi pour créer ces instances de dialogue. **Il y a plusieurs leviers : Il faut soutenir le recours à des tiers via un système de médiation, une cellule éthique sur un territoire pour porter un regard extérieur à ces situations rencontrées dans nos établissements. Ces outils apportent une prise de recul dans nos quotidiens qui nécessite**

du temps dont on ne dispose pas nécessairement dans nos établissements. **« La maltraitance est à tous les niveaux, à tous les postes, elle peut être le fait de l'agent d'accueil, et pas uniquement des soignants »**

Alain Vidal : « Les ressources ou le manque de ressources ne peuvent pas être l'unique explication, pour autant, cela y contribue et cela n'y a même jamais autant contribué »

Sophie PELLIER : Le directeur n'est pas le seul décideur, et le directeur n'a pas toujours la réponse.

Pr Dominique SOMME : Il faut aussi évoquer la **maltraitance sociale ou sociétale**. « Les ressources attribuées à un établissement sont calculées par des outils qui sont inadaptés car ils ne prennent pas en compte les évolutions des pratiques depuis qu'ils ont été inventés, qu'ils sont réalisés par coupe ce qui nie l'évolution des besoins au cours du temps et qu'ils n'incitent absolument nullement à la bientraitance (et même pas à la non-maltraitance). Des outils alternatifs existent mais pour le moment la Loi bloque le choix de l'outil. A chaque fois que l'on a voulu faire évoluer les choses on s'est heurté au « mur » de la Loi. **Un message aux décideurs politiques nationaux : le secteur médico-social a des outils de financement qui sont "maltraitants" pour le secteur lui-même. Il faut donc sortir de AGGIR et PATHOS et pour cela il est absolument nécessaire de le faire par la LOI. Il faut que les outils relèvent de décrets et non plus de la LOI ».**

Dr Véronique LE MEE : « Dans la formation des soignants, il faut apprendre à écouter et peut être à communiquer, savoir faire du lien, savoir s'effacer pour entendre les mots de l'autre. **Un soignant bienveillant et bientraitant, un agent bientraitant est lui-même bien traité, vit dans un climat de confiance, de dignité.** On peut tous être maltraitants, mais on peut aussi être tous bientraitants si on se sent dans un climat de bienveillance »

William ROBIN-VINAT : « **Est-ce qu'être bienveillant ça rapporte des sous ? La résidente qui témoigne dit qu'elle voulait de la douceur, mais dans les transmissions ciblées, ça n'existe pas la douceur, il n'y a pas de « case » pour ça »**

Pr Dominique SOMME : « La vie en collectivité pose question : comment je peux m'assurer des besoins de chacun alors que 60 personnes sont censées vivre en même temps ? **« Il y a le non droit mais aussi le non choix.** Beaucoup de personnes dans les EHPADs n'ont pas choisi d'y vivre, en plus ils se rendent compte qu'ils n'ont pas totalement le choix »

Il faut rendre visible le "care" dans les financements.

C) Recueillir les besoins et attentes exprimés par les usagers et les professionnel(le)s : Retour d'expérience de l'atelier bien-traitance mené au Centre Hospitalier de Brocéliande.

Béatrice LOUAPRE, Elève Directrice d'Établissement Sanitaire Social et Médico-Social, EHESP

Maryvonne LE BORGNE, Résidente à l'EHPAD du CHB et Présidente du CVS

Florence MARTIN, Infirmière au CHB, Master soin éthique et santé



Béatrice LOUAPRE rappelle la méthodologie :

La réflexion sur le sujet de la bientraitance au CHB a été amorcée en novembre 2022 par la volonté d'écrire une Charte sur la bien-traitance. Je me suis donc saisie de cette opportunité pour mettre en place un COFIL. Il ne s'agissait en aucun cas d'imposer une Charte mais bien de la co-construire.

Le 6 février 2023, durant 2h, 17 personnes se sont réunies (professionnels ASH, ASG, IDE, Cadre, mandataire, psychologue, médecin-co, pharmacien, résidents, représentants CVS et CDU) pour réfléchir sur ce mot bien-traitance et nos représentations. Au début de cet atelier, chaque personne a eu 5 minutes pour réfléchir de façon individuelle et noter sur un post-it une idée. En tant que facilitatrice, j'ai permis à chacun par la suite de venir afficher ses post-it. Chaque personne avait la liberté de préciser son idée. A la fin, ensemble, nous avons regroupé les idées qui semblaient se rejoindre. Puis, nous avons donné un titre à chaque groupe d'idées. Afin de prioriser les actions nous avons procédé à un vote à mains levées qui a permis de définir cinq axes qui ont été affichés et que le public a pu consulter.

Cinq axes de travail :

- 1- Les bases de la bientraitance
- 2- Les indicateurs de qualité de vie
- 3- Les actes de bienfaisance
- 4- La communication
- 5- Les organisations

Florence MARTIN : « Nous sommes allés à l'essentiel, presque jusqu'à une mise à nue en face des résidents. On est tous porteurs de valeurs qui vont vers la bientraitance et on a aussi nos failles et notre vécu qui font qu'« on peut se prendre aussi les pieds dans le tapis ». **« Il s'agissait d'incarner des objectifs et se battre pour que ce ne soit pas que des mots ».**

Maryvonne Le Borgne, résidente : « Je suis des deux côtés de la barrière car je suis une ancienne infirmière, je ne pensais pas demander un jour d'aller en EHPAD ».

« J'ai dit à mon fils l'autre fois, il y a longtemps que je n'ai pas été heureuse comme ça ».

« On a demandé à toutes les personnes de l'EHPAD, à Montfort, dans le cadre d'animations, parce qu'on ne peut pas être très nombreux à chaque fois et il y a toujours le problème de manque de personnel. C'est compliqué d'aller chercher les gens et de les amener, mais on arrivait quand même à être une bonne quinzaine. **Tout le monde a dit ce qu'il ressentait et on ne leur demande pas souvent, on s'est rendu compte qu'on ne demandait pas la parole à ces personnes-là, alors qu'elles ont des choses à dire. Même si elles sont diminuées, elles sont existantes. On est dans une bonne direction, ce sont des choses dont on ne parlait pas avant et maintenant on commence à en parler et c'est très bien ».**

« On a mis les pieds sur une première marche et maintenant on va en monter plusieurs ».

Pr. Dominique SOMME : Il faut se rappeler que le progrès n'est pas linéaire mais en spirale.

C) Les ressources éthiques sur le territoire : les missions de l'Espace de réflexion éthique de Bretagne, EREB et de l'EREM Espace de réflexion éthique âge et mémoire

Dr Cyril HAZIF-THOMAS, Psychiatre, Directeur de l'EREB (CHU Brest) et Directeur de la CNERER,
Dr Aline CORVOL, Gériatre (CHU Rennes) pilote l'Espace de réflexion éthique âge et mémoire (EREM)

Dr Aline CORVOL : L'EREM (Espace de réflexion éthique âge et mémoire) est rattaché au CHU de Rennes. C'est un lieu original par son origine, souhaité par un service d'aide à domicile. C'est un lieu d'échanges a posteriori sur des situations ayant interrogées les soignants.

« Il s'agit d'avancer en commun sur des situations amenées par des soignants (...) espace où les doutes peuvent être échangés et où chacun peut enrichir sa réflexivité avec d'autres ».

Les membres sont des soignants d'hôpitaux, du médico-social, soignants de ville, et gens au contact de situations complexes : mandataires judiciaires, directeur d'établissement, patients partenaires, philosophes, juristes, psychologues.

L'EREM est un « Lieu où il existe un dialogue entre experts et profanes, si je puis dire, ville et hôpital, sanitaire et médico-social ». Un soignant vient raconter une situation et les membres du groupe l'interrogent. Cette discussion aboutie à des comptes-rendus écrits, dont le but n'est pas de donner un avis mais de comprendre ce qui s'est passé.

« Souvent le soignant qui vient c'est parce qu'il y a une souffrance éthique, que ses valeurs n'étaient pas respectées, il s'interroge sur ce qu'il a fait et s'il aurait pu faire mieux. Le fait d'avoir tout le monde autour de la table permet de se dire ce que l'on aurait pu faire, faire autrement mais aussi, que peut-être que chacun a fait ce qu'il pouvait »

Dr Cyril HAZIF-THOMAS : EREB : « **Ce sont les malades qui nous apprennent, qui nous forment et nous apprennent à rester dans cette inquiétude éthique, et non pas rester dans ce qu'on pense qui est bon pour eux** ». Ce lien créé entre citoyens et espaces de réflexion éthique régionaux permet d'« abandonner la conscience cérébrale pour aller dans la conscience morale ». Les trois piliers d'un espace éthique sont la pluridisciplinarité (plusieurs approches professionnelles), le pluralisme (plusieurs personnes) et l'indépendance.





Deuxième partie : Echanges entre professionnels et usagers

Quelles sont les principaux leviers de bien-traitance ?

Comment rendre la réflexion éthique plus accessible pour tous ?



Réflexions issues des échanges des tables rondes l'après-midi

Les rapporteurs :

Dr Marc HABERBUSCH, médecin coordonnateur du Centre Hospitalier de Brocéliande ;

Marianne SAUVE, résidente à l'EHPAD du Centre Hospitalier de Brocéliande et à ses côtés
Anne-Marie TONNERRE, animatrice au Centre Hospitalier de Brocéliande ;

Anna VALTAUD, élève directrice d'établissement Sanitaire Social et médico-social, Promotion
Suzanne NOËL 2022-2023 ;

Maureen GOUVERNEUR, élève directrice d'établissement Sanitaire Social et médico-social,
Promotion Suzanne NOËL 2022-2023 ;

Simone HAVARD, résidente à l'EHPAD du Centre Hospitalier de Brocéliande sur le site de
Montfort/Meu ;

Marie-Christine HOSQUET, Directrice de la Clinique Saint-Joseph à Combourg ;

Aurore GRIMAUD-LECADRE, Directrice du Centre Hospitalier de la Roche aux Fées (Janzé) ;

Nasr Eddine FRAYHI, enseignant en activités physiques adaptées au Centre Hospitalier de
Brocéliande ;

Pierre GUILLOUET, 2ème adjoint à la ville de Montfort-sur-Meu sur le pôle santé et solidarités
et vice-président au Syndicat Mixte du Pays de Brocéliande sur le pôle santé et services ;

Myriam HEYBERGER, psychologue au Centre Hospitalier de Brocéliande.

Les modérateurs :

Dr Cyril HAZIF-THOMAS, Psychiatre, Directeur de l'EREB (CHU Brest) et Codirecteur de la
CNERER

Karine LEFEUVRE, juriste, Vice-présidente du Comité Consultatif National d'Éthique

1- A partir de situations vécues, quelles sont les principaux leviers de bien-traitance ?

Les leviers ne peuvent être que coconstruits au sein d'espaces, sans jugement, à partir de la parole des résidents et des soignants qui construisent les réponses. Il faut être vigilant sur l'acceptation des mots. La co-construction qui se partage notamment par l'analyse des pratiques, ne fonctionne pas toujours. Il est nécessaire de remettre de la réflexion dans nos pratiques. La cohésion permet de vivre. « **Une fois qu'on se comprend on peut travailler ensemble** ».

Cela passe également par la formation et l'harmonisation des pratiques. Nous sommes confrontés à des problèmes de recrutement de personnes qualifiées au lit de chaque habitant. **La formation doit se faire sur site avec les outils du terrain et non pas hors établissement en-dehors de la réalité matérielle de l'établissement. La formation doit porter aussi sur les pathologies pour avoir les clés d'accompagnement notamment face à l'agressivité.**

La contention constitue un risque physique et moral. Il est aussi **fondamental de communiquer sur nos « actes » avec les résidents et les familles.**

Une résidente Simone précise « il faut plus de personnel ».

Le turn-over avec l'intérim est un frein à un accompagnement de qualité. **Les résidents aimeraient des personnes ressources identifiées, garantes de la mise en œuvre de leur projet de vie. La bien-traitance commence à l'entrée en EHPAD par le consentement.**

Une résidente Marianne souligne qu'il est nécessaire d'être dans la prévention de la perte d'autonomie avec des outils innovants pour le confort psychologique des personnes accompagnées. Elle relate le trauma d'un proche mis en EHPAD en situation d'urgence et le droit à la vie affective. « Une personne âgée n'est pas seulement un corps c'est aussi une sensibilité ».

Il apparait essentiel de réfléchir sur les moyens « Comment on a été à la rencontre du résident ? » et non pas sur le résultat « combien de toilettes tu as fait ce matin ?

Les projets d'accompagnement personnalisés doivent permettre de bien connaître les personnes accompagnées, de **redonner du sens afin de donner un rôle social à chacun au sein de chaque habitation.** Ce projet d'accompagnement se fait en équipe, avec le résident, son entourage et à son rythme. **Comment libérer alors la parole des résidents ?** Au regard des profils de dépendance de plus en plus important, il devient difficile de la recueillir.

« Pour être bien traitant il faut être bien traité ». **La bien-traitance des professionnels passe par la construction d'un collectif qui peut se parler en confiance. Il peut être intéressant de décloisonner des professionnels par des « vie ma vie ».**

La **qualité de vie au travail par des « positives attitudes »** est un élément essentiel. Par exemple, dans un établissement, **la directrice affiche les évènements « désirables »** qui rassurent également les familles.

Nous avons beaucoup échangé sur l'accompagnement dans le secteur médico-social. Mais il est également important de remettre de la vie dans les hôpitaux pour réduire par exemple le recours aux contentions. **Les bénévoles sont également des acteurs clés** dans cet accompagnement au quotidien. Ouvrir nos établissements pourrait être un levier.

Dr Marc HABERBUSCH : Il faut penser l'organisation des parcours des soignants et le « volontariat » pour accompagner certains profils. Quand il y a de la violence, le professionnel doit être reçu. **Parallèlement des staffs d'urgence peuvent être mis en place pour échanger sur ces situations violentes en plus des réunions trimestrielles sur les situations complexes.** La notion de ratio d'encadrement doit être questionnée au regard de la charge en soin. La notion de culpabilité peut apparaître également chez les soignants quant à l'accueil des couples par exemple. Il est parfois nécessaire d'avoir un tiers. **« Vivre c'est prendre un risque ».**

Pierre GUILLOUET : Une souffrance s'est exprimée autour des situations exposées. Au domicile, le fait d'avoir de nombreux intervenants engendre de l'anxiété pour les usagers. Il s'avère qu'en établissement **les droits des patients, des résidents, du CVS ne sont pas assez connus.** Il est important de remettre du positif au sein des unités en repensant les organisations et la place de l'utilisateur au centre. Monsieur GUILLOUET souligne l'importance de la formation initiale et continue y compris à domicile avec plus de communication sur toutes les problématiques de santé mentale et les clés d'accompagnement de ces publics. Il s'agit aussi de **permettre au cadre de proximité d'avoir des missions de proximité entre l'utilisateur, la famille et les professionnels.**

Restitution en plénière autour de cette première question

Dr Cyril HAZIF-THOMAS : « On ne conscientise pas toujours ce que peut représenter la culture de la bien-traitance ». La nécessité de **la culture de l'interprofessionnalité soulignée lors des premiers échanges met en exergue la notion de plaisir d'avoir une intelligence collective.** La maltraitance est synonyme de douleur. Quand on se comprend on se respecte mieux. Il s'agit également de la proportionnalité en santé. Un exemple est la contention en si besoin. Qui regarde le besoin ?

Nous pouvons voir apparaître « **un programme généralisé de maltraitance : devenir des soignants de passage, dans des lieux de passage, pour des résidents de passage** ». Il nous faut rester les pieds sur terre de la vraie vie.

Nous ne devons pas oublier les familles et garder en nous « cette curiosité qu'il importe qu'on active avec les familles, les aidants (...) un entourage avec ses propres rencontres médicales ». La bien-traitance doit être recentrée dans l'Histoire de l'institution, de la famille.

Aristote soulignait déjà à son époque que « l'homme est un animal social ». L'homme est un sujet sociétal qui espère tendre vers une société plus juste y compris dans les soins.

Karine LEFEUVRE : La considération envers les usagers, les familles comme les professionnels est un élément important qui rend nécessaire et légitime la création d'espaces de dialogue et de prendre ce temps de l'échange.

2- Comment rendre la réflexion éthique plus accessible pour tous au sein de l'établissement ? Quels outils construire à l'échelle institutionnelle et territoriale ?

Un outil pourrait être la création au sein de l'établissement d'un « binôme bien-traitance » pour libérer la parole. La nécessité de mettre davantage en avant les valeurs que le mot éthique qui peut être devenu « valise » pour certains.

Intégrer les projets des usagers dans le projet d'établissement permettrait d'identifier des axes à inscrire dans le CPOM.

Les situations concrètes du terrain soulevant des questions éthiques doivent pouvoir être mobilisées dans les CREX et les solutions doivent partir du terrain. **Il faut « se saisir de l'opportunité des conflits au quotidien ».**

Des espaces dédiés doivent être créés pour que les professionnels puissent exprimer leurs émotions en toute sécurité. Faire appel à des tiers peut être un levier.

La formation continue à l'éthique est nécessaire pour **l'incarner**. Cela peut se faire sous différentes formes par des « cafés éthiques » au niveau du territoire au regard des contraintes de temps de chacun.

La communication sur tous ces sujets éthiques doit être diffusée et accompagnée. Et les outils de signalement doivent être connus et visibles.

Mais la communication bienveillante c'est quoi ? : Mettre en place des groupes d'analyse de pratique est un levier pour les professionnels.

Pour libérer la parole des résidents c'est d'ouvrir les CVS c'est-à-dire concrètement laisser la porte ouverte et les personnes qui le souhaitent peuvent venir, pouvant se terminer autour d'un goûter et de la commission des menus comme à Combourg.

Restitution en plénière autour de cette deuxième question

Karine LEFEUVRE : « *Aujourd'hui tout est éthique et pourtant le terme ne parle pas* ». Pourquoi pas changer de mot ?

Comment parler d'éthique démocratique pour tous les professionnels et usagers ? Comment on fait pour toucher les plus vulnérables ? Par les gestes, par les regards.

Il est nécessaire d'aller chercher des partenaires extérieurs mais en même temps il faut créer les conditions nécessaires pour libérer la parole en interne dans les établissements (café éthique, boîte...). La question de la temporalité est importante mais ¼ h d'éthique par semaine est possible.

La question de la sexualité, de l'amour en EHPAD est un nouveau défi.

Dr Cyril HAZIF-THOMAS : Il existe une ambivalence « on veut mais l'éthique fait peur ». Faut-il attendre la crise pour réfléchir ? « *Il faut enrichir cette ambivalence pour qu'elle devienne positive* » pour libérer la parole et enrichir le quotidien.

La culture éthique se situe entre une société conviviale et une société de rapport de force. Il faut garder la mémoire de la maltraitance.

Troisième partie

Débat public



Interviews croisées

Malik LAHOUCINE, Directeur général adjoint, Agence régionale de santé Bretagne

Anne-Françoise COURTEILLE, 1^{ère} vice-présidente du Conseil départemental d'Ille-et-Vilaine et membre du Conseil de surveillance du CHB

Alain Vidal, Représentant des usagers au CHU de Brest et à l'Espace de réflexion éthique de Bretagne (EREB)

Didier GILBERT, Président CTS Haute-Bretagne

Professionnel de santé du territoire : Michelle LASSALLE, Directrice HAD 35

Elu du territoire : Pierre GUILLOUET, 2^{ème} adjoint à la ville de Montfort-sur-Meu sur le pôle santé et solidarités et vice-président au Syndicat Mixte du Pays de Brocéliande sur le pôle santé et services.

Modérateurs : Madame Karine LEFEUVRE et Kevin CHARRAS

1- Accompagner et soigner dans un contexte de contraintes ?

Mme LASSALLE, directrice HAD35, hôpital hors les murs. Il faut s'adapter au patient dans sa singularité. Épuisement du professionnel génère de la maltraitance → repérer l'usure professionnelle.

« Comparaison avec la course de fond, la course de fond, c'est plus facile de la faire en relai, quand on peut plus la faire, il faut prendre du recul et passer le relai »

Monsieur LAHOUCINE : Accompagner et soigner dans un contexte de contrainte suppose un état d'esprit permettant d'éviter deux écueils : le défaitisme et la naïveté.

Parmi les contraintes qui pèsent sur le secteur, il y a bien sûr des contraintes d'ordre budgétaire mais aussi – et surtout – des contraintes en termes de ressources humaines.

« Souvent les meilleurs managers de la qualité, sont ceux qui sont également les meilleurs gestionnaires »

« Il est extrêmement important de pouvoir rompre avec un cercle vicieux où les problèmes budgétaires, où l'on est obnubilé par ça, puis problèmes RH, puis problème d'activité »

« Spirale extrêmement nuisible à terme, maintenant il ne faut pas rester désarmé »

L'ARS a apporté une aide au secteur avec les investissements au quotidien qui ont pour but d'améliorer à la fois les conditions de prise en charge des personnes accompagnées et les conditions de travail des professionnels. On travaille également main dans la main avec le Conseil régional, les facs de médecine, Pôle emploi, l'Agence régionale d'amélioration des conditions de travail pour augmenter les viviers de professionnels, améliorer les parcours professionnels et promouvoir la qualité de vie au travail.

Il y a un suivi attentionné des structures, responsabilité partagée de l'ARS en lien avec les partenaires et notamment les conseils départementaux pour répondre de façon coordonnée aux problématiques qui se présentent faciliter le management et promouvoir la bientraitance.

Madame Courteille, 1ère vice-présidente du Conseil départemental d'Ille-et-Vilaine :

La culture sur le département : 92% des places en EHPAD sont habilitées à l'aide sociale (peu de place dans des structures à but lucratif).

Donc dans la majorité des cas il y a un double contrôle ARS et CD. Ils veillent à la bonne santé financière des établissements car les conséquences peuvent aller jusqu'à la qualité des prises en charge des personnes hébergées. Il y a un regard aussi en termes de formation et notamment pour le domicile.

Deux axes pour le Conseil départemental :

Le projet stratégique départemental : la priorité est de maintenir la qualité d'accompagnement au domicile et l'accueil dans les structures.

Le nouveau schéma départemental de l'autonomie en juin 2023 va déterminer pour les 5 prochaines années les enjeux et les moyens en matière d'autonomie.

2- Sentiment des représentants des usagers et comment les associer davantage sur la promotion bientraitance

Monsieur Alain Gilbert : « Le CTS, c'est la représentation de démocratie en santé avec 6 collèges de toutes les parties prenantes sur le sujet. C'est ainsi un « poil à gratter de l'État en région et donc de l'ARS »

A l'hôpital, où les patients sont de passage sur une courte durée, les représentants des usagers sont mandatés par l'ARS, formés.

Dans les EHPADs, avec des citoyen(ne)s qui résident là sur du plus long terme, « on leur [représentant] demande de venir en challenger des directions alors qu'ils ne sont pas formés, qu'ils ont peur de représailles, même si c'est fantasmé, on n'a pas des gens formés, ils ne sont pas autonomes et « critiques ».

Comme ce sont des représentants des familles, si leur parent décède, ils disparaissent aussi du système CVS et ainsi il n'y a aucune continuité dans le suivi d'éventuelles améliorations demandées.

D'où la question primordiale : Comment après le scandale ORPEA, faire un copier-coller des représentants des usagers dans le médico-social ?

En attendant, il faut peut-être en amont d'un CVS, très institutionnel et qui n'enchant pas les résidents et les familles, organiser des groupes de paroles collectifs pour écouter/échanger sans que ce soit « impressionnant ». Ces synthèses de paroles seraient ensuite vues en CVS ».

