

« Plus qu'un lieu de soins, l'EMS est un lieu de vie »

Le risque de mauvais traitements dans les établissements médico-sociaux est avéré, le sujet n'est pas tabou, mais un panel d'outils existe pour les prévenir. Deux points de vue, celui des EMS et celui de l'Etat, concordent sur le sujet



Maltraitance et manque d'égards envers les personnes âgées, insuffisance de personnel et épuisement des équipes soignantes... Ces derniers temps, la presse s'est fait l'écho de problèmes de traitements envers les bénéficiaires des EMS.

Pour évoquer plus largement cette thématique, Le Temps a réuni des responsables de la profession. Assises autour de la table, au sein de l'EMS Le Marronnier à Lutry, Anne-Dominique Micheli est adjointe du chef de service au SASH (Service des assurances sociales et de l'hébergement), répondante de l'hébergement, et est accompagnée par Marie-Thérèse Favre, responsable de l'équipe CIVESS (contrôle interdisciplinaire des visites en établissements sanitaires et sociaux). Carol Gay est quant à elle porte-voix des EMS, en tant que vice-présidente de l'AVDEMS, l'association vaudoise d'établissements médico-sociaux.

Le Temps : Est-ce que vous admettez qu'il y a de la maltraitance dans les EMS du canton de Vaud ?

Anne-Dominique Micheli : Je me réfère à la définition de l'OMS qui décrète que «par maltraitance des personnes âgées, on entend un acte unique répété en l'absence d'intervention appropriée dans le cadre d'une relation censée être une relation de confiance». Une étude régionale faite par l'association alter ego a révélé que 75% des responsables d'institutions d'aides et de soins romands ont déjà été confrontés à une situation de maltraitance. De plus, la moitié a déjà vécu une situation impliquant du personnel de leurs institutions. Il s'agit d'estimations, car les situations de maltraitance envers les personnes âgées sont très rarement signalées. En Suisse, le signalement n'est pas obligatoire, contrairement au canton de Vaud où il l'est pour les professionnels de la santé. Durant l'année 2017, nous avons eu deux dénonciations dans les institutions avec cette procédure. Dans les EMS le risque de maltraitance est avéré, mais il existe un faisceau d'outils pour la prévenir.

Carol Gay : La maltraitance, du côté des EMS, n'est pas un terme tabou. Avant de traiter les cas problématiques, nous sommes très actifs du côté de la prévention. En vingt ans, un travail énorme a été effectué dans le canton de Vaud. Mais le risque est inhérent à notre activité.

En matière de maltraitance verbale, comment est-ce que l'on définit ce qui est acceptable ou non ?

Carole Gay : Parler de manière inadéquate à qui que ce soit n'est pas tolérable et il n'existe pas de marge de manœuvre. Les cas maltraitants à l'égard de personnes dépendantes sont prévenus par une formation de communication bienveillante. Et le personnel qualifié de l'établissement encadre et accompagne cela.

A-D. Micheli : Au niveau de la CIVESS, nous avons cinq normes à surveiller. La dignité du résident, sa sécurité et son autonomie, la communication individuelle et collective, les dossiers individuels et la dotation. Des visites inopinées ont lieu le soir ou la journée par des inspecteurs qui ont des formations différentes. Le constat ces dix dernières années, c'est une amélioration des critères en lien avec la qualité de la prise en charge. Il reste, entre autres, une amélioration à apporter à l'organisation des repas. En effet, les EMS ont souvent, en plus des salles à manger, des salons d'étages où les résidents plus atteints prennent leurs repas. On constate une différence de qualité entre les deux endroits, et c'est un élément sur lequel les institutions travaillent.

Quels sont les moyens de faire face à la maltraitance lorsqu'elle intervient ?

Carole Gay : Les EMS comprennent une certaine mixité entre les collaborateurs diplômés, les détenteurs de CFC et les aides qui suivent au moins un cours Croix-Rouge. Lorsque l'on accueille un résident, le personnel diplômé va évaluer quels sont ses besoins et va tout mettre en œuvre pour qu'il maintienne son niveau d'autonomie. Si un nouveau bénéficiaire avait pour habitude de se lever chez lui à 9h, on va respecter son heure de réveil : le travail s'organise en fonction des besoins des résidents. Si un collaborateur entre par exemple de manière inadéquate dans une chambre, dans les situations complexes, cela va être observé car le personnel travaille régulièrement à deux, c'est un garde-fou.

Y'a-t-il plus de risques dans les services psycho gériatriques ?

Carole Gay : Si vous êtes face à un résident qui a toutes ses capacités cognitives, il pourra se défendre oralement ou en parler à ses proches. On doit être d'autant plus vigilant avec des résidents qui n'ont plus ces capacités.

A-D. Micheli : D'où l'importance des cadres de proximité, des responsables d'étages, qui peuvent sentir l'épuisement de leur équipe et proposer de changer de service ou dans des cas complexes renforcer le personnel. Personne n'est à l'abri de l'épuisement, et le talent des RH vient de cette connaissance fine du personnel. Les familles sont aussi bien présentes et le mentionnent à la direction.

Le manque d'effectif, à l'origine du stress du personnel soignant, surchargé, qui ne peut plus bien s'occuper des résidents, est-il problématique ?

Carol Gay : L'effectif est calqué sur le temps de soin moyen des résidents. Dans le canton de Vaud, le temps moyen est d'environ 160 minutes quotidiennes. Notre dotation en personnel est calquée là-dessus.

Cette norme correspond-elle aux besoins des résidents ?

Carol Gay : Elle correspond en tout cas à l'évaluation du résident par un outil objectif, faite par un infirmier qui détermine les soins requis. Cela fait vingt ans que le canton de Vaud l'utilise.

A.-D. Micheli : Cette dotation liée au temps de soins requis va déterminer le financement LAMal que reçoit l'EMS. C'est ce temps de soins et d'animations socioculturelles que l'on va contrôler lors des inspections.

Carol Gay : Les directions sont en vigilance permanente, sans cesse en train de s'assurer de l'état de leurs équipes. Quand elles ne vont pas bien, ça se sait très vite. L'activité de soignant reste une activité éprouvante, je peux entendre que pour certains d'entre eux, c'est difficile.

Comment est-ce que la conception de l'EMS a évolué ces dix dernières années ? Et vers quoi se dirige-t-on ?

A-D. Micheli : Ces dix dernières années l'EMS s'est ouvert au renforcement du maintien à domicile. Aujourd'hui, 50% des bénéficiaires des fondations gérant des EMS n'y résident pas, car fréquentent des centres d'accueil temporaire, court séjour ou logements protégés. Dans les activités qu'on leur propose, on ne cherche pas qu'à « passer le temps », il y a un véritable travail d'accompagnement de l'usager là où il est, qui se distingue d'une vision hospitalière centrée sur les problèmes de santé. On se dirige vers cela à l'avenir : un lieu de vie social, ouvert sur l'extérieur et médicalisé.

Carol Gay : L'entrée en EMS se fait chez les personnes pour qui le maintien à domicile n'est clairement plus possible, pour des raisons de dépendance et de troubles cognitifs. L'âge moyen de l'arrivée en EMS est de 82 ans, et la durée moyenne de séjour est de 3,3 ans.

Il y a un monde entre les accusations dénonçant le traitement des personnes âgées en EMS et la réalité telle que vous la décrivez, comment expliquer cela ?

A-D. Micheli : Les jeunes professionnels arrivent avec un idéal de soins, de prise en charge et la confrontation avec la vraie vie est toujours difficile. L'insatisfaction est courante dans le monde des soignants et n'est pas nouvelle : à l'époque de mon école d'infirmière, la durée moyenne de travail était de deux ans. Mais je rappelle l'obligation pour les professionnels de la santé d'annoncer au médecin cantonal les cas jugés comme maltraitants.

Article paru dans journal Le Temps du 18.04.2018