

**CONCOURS OUVERTS LES 11, 12, 13 ET 14 JUIN 2024
POUR L'ADMISSION AU CYCLE DE FORMATION DES ELEVES DIRECTEURS
D'ETABLISSEMENTS SANITAIRES, SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX**

**CONCOURS EXTERNE, EXTERNE SPECIAL dit « Talents »,
INTERNE et 3^{ème} CONCOURS**

**2^{ème} EPREUVE D'ADMISSIBILITE
(Durée 5 heures – Coefficient 5)**

Mercredi 12 juin 2024

Une note rédigée en cinq heures, à partir d'un dossier, permettant de vérifier l'aptitude du candidat à faire l'analyse et la synthèse d'un problème relatif à l'organisation et à la gestion dans le domaine sanitaire, social et médico-social.

SUJET :

« Vous êtes Directrice ou Directeur d'EHPAD et vous devez, à l'appui du dossier ci-joint, produire une note formalisant les propositions de mesures qui vont contribuer au bien-être des résidents et renforcer le sentiment du « chez soi ». Vos propositions étayées par le cadre juridique et les conditions de faisabilité seront soumises à l'avis du Conseil de Vie Sociale de votre établissement. Vous y adjoindrez un calendrier de déploiement de ce projet et préciserez la manière avec laquelle vous pourrez en mesurer la réalisation ».

NB : Le sujet comprend 51 pages + 3 (1 page sujet et 2 pages sommaire).

SOMMAIRE

Document 1 : (pages 1 à 2)

Fadila Khattabi et Catherine Vautrin soutiennent l'accueil des animaux de compagnie en EHPAD. APM News-mars 2024. (2 pages).

Document 2 : (pages 3 à 4)

Opinion : Les EHPAD : des véritables lieux de vie, de bien-être autant pour les résidents que pour les soignants ! Les Echos-Tribune février 2019. (2 pages).

Document 3 : (pages 5 à 10)

Instruction du Ministère des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées relative à la mise en œuvre du plan d'aide à l'investissement des établissements et services pour personnes âgées. Juin 2023. (6 pages).

Document 4 : (pages 11 à 15)

Extrait de l'analyse documentaire relative à la recommandation de bonnes pratiques professionnelles « Qualité de vie en EHPAD ». (5 pages).

Document 5 : (pages 16 à 17)

Un tiers-lieu en établissement. CNSA – juin 2023. (2 pages).

Document 6 : (page 18)

Article « Les sept lieux ». (1 page).

Document 7 : (pages 19 à 21)

L'igas critique le « virage domiciliaire » et prône une mobilisation plus large. APM-avril 2024 (3 pages).

Document 8 : (pages 22 à 24)

Tiers-lieu en EHPAD : pourquoi le mettre en place ? Comment le financer ? » Gregory Cousyn – octobre 2023. (3 pages).

Document 9 : (pages 25 à 28)

Analyse de l'arrêt de la cour de cassation n°18-17369 du 23 mai 2019. Paul Véron. (4 pages).

Document 10 : (pages 29 à 34)

Quelle liberté sexuelle en EHPAD ? Nicolas Foureur. (6 pages).

SOMMAIRE (Suite)

Document 11 : (page 35)

La question du tabac dans les EHPAD. (1 page).

Document 12 : (pages 36 à 38)

Quelle place pour la vidéosurveillance en EHPAD ? (3 pages).

Document 13 : (pages 39 à 44)

Extrait du Référentiel d'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. HAS- mars 2022 (6 pages).

Document 14 : (page 45)

Députés et sénateurs parviennent à un accord autour de la proposition de loi Bien Vieillir. Hospimedia-mars 2024. (1 page).

Document 15 : (page 46)

Pour l'accès des animaux domestiques aux maisons de retraite. JO Sénat – septembre 1989 - (1 page).

Document 16 : (page 47)

Article R1112-48 du code de la santé publique- mai 2003 (1 page).

Document 17: (pages 48 à 51)

Le conseil de la vie sociale est une instance qui vise à associer les usagers au fonctionnement des établissements et services sociaux et médico-sociaux. ARS Ile-de-France. Février 2023. (4 pages).

DÉPÊCHE - Vendredi 01 mars 2024 - 16:06

Fadila Khattabi et Catherine Vautrin soutiennent l'accueil des animaux de compagnie en Ehpad

Mots-clés : #ministères #médico-social #ministère-personnes âgées #qualité-sécurité des soins #patients-usagers #Ehpad #Parlement #directeurs

PARIS, 1er mars 2024 (APMnews) - La ministre déléguée chargée des personnes âgées et des personnes handicapées, Fadila Khattabi, appuyée par sa ministre de tutelle Catherine Vautrin, ont soutenu vendredi la possibilité pour les résidents d'Ehpad d'accueillir leur animal de compagnie.

Invitée des "4 Vérités" de France 2 vendredi matin, Fadila Khattabi a assuré qu'un "nouveau droit" allait être octroyé aux résidents d'Ehpad, en l'occurrence donc, la possibilité d'intégrer l'établissement avec leur animal de compagnie. Cela participe "au bien-être" de la personne, a-t-elle estimé.

"Le gouvernement [y] est favorable, tout comme le sont les Français, les directeurs d'Ehpad, la Fondation 30 Millions d'amis. Ça nous semble aller dans le bon sens. C'est une très belle avancée que je salue. Je soutiens donc cette mesure qui me semble tout à fait pertinente", a-t-elle fait savoir.

"Une fois que la loi sera votée, je veillerai à ce que ce soit très vite appliqué", a-t-elle insisté. "Tout ça sera organisé. Un décret va sortir pour pouvoir régler toutes les situations un peu particulières" et ce, "normalement dès ce printemps".

Tous les résidents de tous les établissements seront concernés par cette disposition, mais pas forcément tous les animaux de compagnie, a-t-elle précisé, citant "les chiens, les chats, les poissons rouges, le petit canari", mais pas "un boa", et appelant à être "pragmatique et réaliste".

Sur X (anciennement Twitter), la ministre du travail, de la santé et des solidarités, Catherine Vautrin, a précisé vendredi "confirme[r] les propos de [sa] ministre déléguée" et être "favorable [...] à ouvrir la possibilité dans la loi d'accueillir les animaux de compagnie en Ehpad".

"Respectueuse du travail du Parlement et de son calendrier, j'invite la CMP [commission mixte paritaire] à se saisir de cet enjeu de société en vue d'humaniser davantage nos Ehpad", a-t-elle ajouté, faisant là allusion à la CMP entre députés et sénateurs qui doit se réunir mardi 12 mars pour parvenir à un compromis sur la proposition de loi bien-vieillir.

Selon l'amendement adopté par l'Assemblée nationale en novembre 2023, les Ehpad "garantissent le droit de leurs résidents d'accueillir leur animal domestique et prennent les dispositions nécessaires à leur accueil", selon des modalités définies dans un décret pris en Conseil d'Etat.

Mais, la commission des affaires sociales du Sénat a légèrement fait évoluer le texte, qui prévoit que les Ehpad définissent dans leur règlement "les conditions dans lesquelles leurs résidents" peuvent accueillir leur animal domestique.

Cette dernière disposition ne changerait pas grand-chose aux pratiques actuelles, note-t-on. Comme l'observe l'Association des directeurs au service des personnes âgées (AD-PA) dans un communiqué, vendredi, "les animaux n'ont jamais été interdits dans les établissements pour personnes âgées", que ce soit en "Ehpad ou résidences autonomie". Mais "à peine la moitié d'entre eux les accept[ent]", précise-t-elle.

L'association remarque par ailleurs "qu'avec la nécessité de légiférer sur le droit de visite ou le droit de posséder

des animaux, il ne s'agit pas d'égrener différents droits que l'on accorderait aux résidents, mais plutôt de faire évoluer le modèle des établissements pour personnes âgées pour les transformer en véritables domiciles dans lesquels les résidents bénéficieront de tous les droits des citoyens à part entière".

Opinion | Les EHPAD : des véritables lieux de vie, de bien-être autant pour les résidents que les soignants !

Si l'entrée en maison de retraite est vécue parfois comme un soulagement pour les proches, elle est rarement souhaitée par les personnes âgées elles-mêmes.

Par Laurent Levasseur (Président du directoire chez Bluelinea) -Publié le 6 févr. 2019

En effet, plus de 80 % d'entre elles le vivent comme "une double peine" liée, d'une part, à une perte d'autonomie avérée – qui les contraint donc à être placées en établissement –, et, d'autre part, à une perte d'autonomie à venir plus importante encore une fois qu'elles y sont entrées. Pourtant, loin de l'image négative dont ils souffrent, les EHPAD tendent à devenir de véritables lieux de vie qui, à terme, seront pleinement ancrés au cœur du parcours des seniors.

Face aux enjeux sociétaux et au vieillissement de la population, les EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) ont su s'adapter à travers de nouveaux services : accueil de jour, examen en ambulatoire, courts séjours, services à domicile, ouverture de résidences à taille humaine... Une évolution qui répond à l'aspect désormais "multidimensionnel" du parcours de la personne âgée entre la ville, le domicile et l'établissement hospitalier. En ce sens, l'EHPAD s'impose alors comme un acteur essentiel du "mieux vieillir".

L'EHPAD devient le cœur d'un lieu de vie

Les EHPAD ont donc déjà entamé leur mutation vers un modèle centré sur les besoins de la personne âgée, et entendent ne plus opposer "lieu de soins" et "lieu de vie". Les établissements ont modifié leur périmètre d'action. De nombreuses structures proposent en effet d'ores et déjà des services à domicile ou des résidences seniors. La France comptait ainsi 580 résidences services seniors, soit 45 000 logements, en 2016. Un nombre qui devrait s'élever à 726 fins 2018 et dépasser le millier en 2020.

De même, contrairement aux idées reçues – 84 % des Français ont une mauvaise image de ces établissements –, le savoir-faire français en matière d'accompagnement de la personne âgée est de plus en plus reconnu à l'échelle mondiale et s'exporte particulièrement bien. Dorénavant, finis les EHPAD "classiques" et place à des opérateurs capables d'accompagner la personne âgée tout au long d'un parcours global.

Première conséquence de cette nouvelle approche : l'âge moyen d'entrée en établissement est aujourd'hui de 85 ans et 8 mois, soit cinq années de plus qu'il y a 25 ans. En revanche, le degré de perte d'autonomie à l'entrée est plus important. 57 % des résidents sont ainsi en situation de forte dépendance et au moins un tiers d'entre eux souffre de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée.

À quoi ressemblera l'EHPAD de demain ?

Loin de l'image du mouroir qui lui colle à la peau, l'EHPAD intègre une dimension sociale très forte faisant de l'établissement un lieu de passage, d'échanges et de services de proximité ancré au cœur de la ville et de la vie. Les EHPAD sont désormais ouverts sur leur quartier et leur écosystème extérieur. Et les exemples ne manquent pas. Certains établissements font ainsi cantine commune avec les écoles pour favoriser les liens intergénérationnels, d'autres accueillent le marché de Noël de leur commune ou organisent des sorties culturelles en dehors de l'établissement...

Des activités essentielles dans le ralentissement de la perte d'autonomie, mais aussi dans le maintien d'un lien social tout aussi important, voire même plus, que la santé dans la volonté de bien vieillir : plus la personne âgée exerce une vie sociale active, moins elle s'écoute sur sa perte d'autonomie – pourtant 1^{re} source d'inquiétude pour 57 % des Français et 66 % des plus de 50 ans – et plus elle reste dynamique.

Un EHPAD connecté à la société et aux nouvelles technologies

C'est là que l'EHPAD prend toute sa dimension en tant que lieu de partage d'expériences, et s'impose comme un élément clé d'un meilleur accompagnement de la personne âgée... et du personnel soignant. Car pour réussir à mieux prendre soin de nos parents en établissement, il est tout aussi nécessaire de prendre soin des personnels qui les encadrent.

Pour y parvenir, l'innovation pourrait bien s'avérer une aide précieuse, notamment pour assister les soignants dans leur prise en charge des personnes âgées. Des capteurs d'alerte permettent par exemple de détecter une "absence prolongée" du patient dans son lit la nuit laissant penser à une possible chute et favorisant une intervention rapide. L'EHPAD de demain s'imposera alors véritablement comme un cercle vertueux entre résidents, personnels et citoyens alentours.

Une QVT bilatérale en EHPAD : une chimère ?

Lieu de vie à part entière l'EHPAD n'a pas pour vocation d'être considéré comme un EHPAD. Les résidents d'un EHPAD nécessitent d'être accompagnés par des soignants qui à leur tour doivent être considérés individuellement. Dans cette configuration, le développement du digital participe à la réorganisation de l'offre de soins au sein des établissements pour mieux répondre aux besoins de santé des résidents, de plus en plus âgés et de moins en moins autonomes. La transformation numérique contribue également à enjeu majeur : préserver la qualité de vie au travail du personnel soignant.

En effet, l'EHPAD de demain peut exister dès aujourd'hui en étant le pilier essentiel du parcours de la personne âgée. Ces mêmes personnes âgées qui ont eu 1 000 vies avant d'être en situation de perte d'autonomie. En résumé, le bien-être des patients est indissociable du bien-être des soignants.



**MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS,
DE L'AUTONOMIE
ET DES PERSONNES
HANDICAPÉES**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

INSTRUCTION N° DGCS/SD5DIR/CNSA/2023/109 du 23 juin 2023 complétant l'instruction du 25 avril 2022 relative à la mise en œuvre du plan d'aide à l'investissement des établissements et services pour personnes âgées

Le ministre des solidarités, de l'autonomie
et des personnes handicapées

La directrice de la Caisse nationale
de solidarité pour l'autonomie

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux
des agences régionales de santé

Référence	NOR : APHA2318107J (numéro interne : 2023/109)
Date de signature	23/06/2023
Emetteurs	Ministère des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées Direction générale de la cohésion sociale Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
Objet	Complément à l'instruction du 25 avril 2022 relative à la mise en œuvre du plan d'aide à l'investissement des établissements et services pour personnes âgées.
Commande	Pour le plan d'aide à l'investissement (PAI) Immobilier, un report de crédits sur 2024 peut être accordé. Il convient également de prendre en compte, dès maintenant, l'auditabilité par la Commission interministérielle de coordination des contrôles (CICC) de cette mesure.
Actions à réaliser	Assurer une bonne gestion des crédits immobiliers du Ségur ; Assurer le respect des obligations européennes dans la perspective de l'audit du PAI Immobilier en 2026.
Echéance	1 ^{er} semestre 2024

Contacts utiles	<p>Direction générale de la cohésion sociale Sous-direction Affaires financières et modernisation</p> <p>Caisse nationale de solidarités pour l'autonomie Pôle Prévention et appui à la transformation</p>
Nombre de pages et annexe	<p>6 pages + 1 annexe (2 pages) Annexe : Crédits Ségur Investissement</p>
Résumé	<p>L'instruction précise un report possible des crédits SEGUR secteur personnes âgées (PA) et tiers-lieux (TL), une modification des coûts plafonds m² surfaces dans œuvre (SDO) hors taxes (HT) et des précisions sur le respect des obligations européennes.</p>
Mention Outre-mer	<p>Le texte s'applique aux régions ultramarines.</p>
Mots-clés	<p>Offre médico-sociale ; personnes âgées ; établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ; investissement.</p>
Classement thématique	<p>Etablissements sociaux et médico-sociaux</p>
Textes de référence	<p>Instruction du 23 avril 2021 relative à la mise en œuvre du plan d'aide à l'investissement des établissements et services pour personnes âgées en 2021 ;</p> <p>Circulaire n° DGCS/SD5C/CNSA/2021/210 du 24 septembre 2021 relative à la mobilisation des crédits d'investissements du Ségur de la santé et de France Relance en appui du virage domiciliaire de l'offre d'accompagnement des personnes âgées dans la société du grand âge ;</p> <p>Instruction du 12 novembre 2021 relative au plan de rattrapage de l'offre personnes âgées dans les régions insulaires et ultramarines ;</p> <p>Instruction du 25 avril 2022 relative à la mise en œuvre du plan d'aide à l'investissement des établissements et services pour personnes âgées ;</p> <p>Instruction n° DGCS/SD5DIR/CNSA/2022/187 du 13 juillet 2022 complétant l'instruction CNSA du 25 avril 2022 relative à la mise en œuvre du plan d'aide à l'investissement des établissements et services pour personnes âgées ;</p> <p>Circulaire n° 6369-SG du 5 août 2022 de la Première ministre relative à la mise en œuvre et suivi des mesures du plan national de relance et de résilience ;</p> <p>Instruction n° DGCS/SD5DIR/CNSA/2022/251 du 9 décembre 2022 modifiant l'instruction CNSA du 25 avril 2022 relative à la mise en œuvre du plan d'aide à l'investissement des établissements et services pour personnes âgées.</p>

Circulaire / instruction abrogée	Néant
Circulaire / instruction modifiée	Néant
Rediffusion locale	Délégations territoriales
Validée par le CNP le 23 juin 2023 - Visa CNP 2023-54	
Document opposable	Oui
Déposée sur le site Légifrance	Non
Publiée au BO	Oui
Date d'application	Immédiate

A mi-étape du Ségur de la santé et de son volet médico-social, il est rappelé l'enjeu d'une consommation la plus importante possible des crédits mis à votre disposition au profit de travaux dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) contribuant à la transformation de l'offre. Cette instruction vise dans ce cadre à adapter la gestion du Plan d'aide à l'investissement (PAI) au contexte économique qui pourrait rendre difficile la livraison dans les délais des projets que vous accompagnez dans le cadre de vos stratégies régionales d'investissement.

1. Reports de crédits pour le plan d'aide à l'investissement immobilier 2023

L'instruction du 25 avril 2022 relative à la mise en œuvre du plan d'aide à l'investissement des établissements et services pour personnes âgées prévoyait dans son annexe 2 que les crédits d'aide à l'investissement immobilier (tiers-lieux compris) pour les régions continentales devaient impérativement être engagés pour le 15 novembre 2023. Ce calendrier est assoupli : les crédits autorisés en 2023 mais non engagés seront reportés en 2024 et viendront compléter les 230 millions d'euros initialement prévus. Ils devront impérativement être engagés au plus tard le 15 novembre 2024.

Ce report ne doit pas dépasser 5 % de votre enveloppe régionale (cf. annexe de la présente instruction : l'enveloppe 2023 comprend les autorisations d'engagement (AE) 2023 et le reliquat 2022).

Concernant les régions d'Outre-mer et Corse, le délai d'engagement des crédits du PAI 2021 était au plus tard en 2023, il est accordé un report possible jusqu'au 15 novembre 2024, comme pour les crédits 2022 et 2023. Aucun montant limitatif de report n'est appliqué pour ces régions. Dans le cadre du plan de rattrapage Outre-mer et Corse, un travail fin sera réalisé avec les agences régionales de santé (ARS) concernées pour vérifier les conditions d'atteinte de vos objectifs définis dans les stratégies que vous avez remises en 2022.

Les conventions liées aux engagements devront pour chaque année être signées d'ici le 3^{ème} trimestre N+1.

2. Cadrage financier

Le cadrage financier reste inchangé à l'exception des coûts plafond m², ils s'établiront à partir de 2023 à :

- 2 100 € par m² SDO (surface dans œuvre) HT (hors taxes) pour les travaux de restructuration ;
- 2 800 € par m² SDO (surface dans œuvre) HT (hors taxes) pour les travaux de construction neuve.

Compte tenu de leur équipement médico-social en phase de constitution et de leur contexte particulier, les départements et collectivités d'Outre-mer et de la Corse ne sont pas soumis, pour le calcul de la dépense subventionnable, aux coûts plafonds mentionnés ci-dessus. Une vigilance vis-à-vis des coûts de construction, par référence aux spécificités locales, est néanmoins requise.

Par ailleurs, l'instruction du 25 avril 2022 relative à la mise en œuvre du plan d'aide à l'investissement des établissements et services pour personnes âgées prévoyait qu'une aide complémentaire pouvait être accordée aux opérations dont les travaux en cours de réalisation depuis moins de deux ans présentait un surcoût financier inférieur ou égal à 1M€ pour des motifs tenant à des contraintes techniques particulières et imprévisibles de réalisation de l'opération ou pour cause de l'augmentation du prix des matériaux. A compter de 2023, ce seuil de 1M€ est abrogé.

En vue des contrôles européens, ce surcoût devra faire l'objet d'une justification à l'ARS par le porteur de projet, documents à l'appui, pour permettre la traçabilité des décisions prises au moment des contrôles européens.

3. Obligations européennes relatives au plan d'aide à l'investissement immobilier à intégrer dans la perspective de son audit par la Commission interministérielle de coordination des contrôles (CICC) en 2026

3.1 Un PAI Immobilier soumis aux règles de gestion européennes

Le PAI financé dans le cadre du volet médico-social du Ségur de la santé et des crédits France relance est pleinement intégré à la Facilité pour la Reprise et la Résilience (FRR) de l'Union européenne (UE).

En application de la décision d'exécution du Conseil Européen 2021/0172 relative à l'approbation de l'évaluation du plan de relance et de résilience pour la France adoptée le 13 juillet 2021, pour obtenir le remboursement par l'Union européenne (UE) des 1,25 milliards d'euros de crédits afférents, la France devra, à la fin du 2^{ème} trimestre 2026, démontrer qu'elle a financé la création ou la réhabilitation de 36 000 solutions d'hébergement pour les personnes âgées, incluant (indicateur 9-12) :

- les places d'EHPAD dont vous soutenez la rénovation en métropole ainsi que les solutions développées ou modernisées dans le cadre du plan de rattrapage spécifique Outre-mer et Corse ;
- celles en résidences autonomes rénovées au travers d'appels à projets pilotés par la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) ;
- les habitats inclusifs également bénéficiaires d'un soutien à l'investissement.

Il est précisé que la CICC entend la définition de la cible comme des travaux terminés.

La mesure est, de par son inscription dans la FRR, soumise à l'audit de la CICC à l'horizon 2026 et doit respecter les intérêts financiers de l'UE. A ce titre, l'ensemble des dossiers doit respecter l'ensemble des normes et obligations européennes.

Afin d'anticiper cet audit, il est indispensable d'organiser les différents dossiers dans cette optique :

- Veiller à la qualité des données saisies dans le téléservice GALIS pour assurer un tableau des bénéficiaires avec les données (description des opérations, places concernées...);
- Mettre en place un tableau de bord de suivi des dossiers par année, avec suivi de l'avancée des travaux et suivi des calendriers de paiement ;
- Regrouper les éléments nécessaires aux points clés de l'audit : éligibilité (habilitation aide sociale à l'hébergement), choix des dossiers (compte-rendu de réunion des ARS), respect des marchés publics (toutes les pièces utiles : avis d'appel à concurrence, procès-verbaux (PV) de commission, grille d'analyse des offres ou encore acte d'engagement) ;
- Etre vigilant aux questions de lutte contre la fraude, au conflit d'intérêt et au double financement.

Le descriptif du système de gestion et de contrôle (DSGC), le guide des procédures mis à jour et un document récapitulatif des pièces à demander aux EHPAD vous seront rapidement fournis.

3.2 La poursuite des contrôles du PAI du quotidien

La fin de l'audit concernant la mesure « investissement du quotidien » n'entraîne évidemment pas la fin des opérations de contrôle, particulièrement concernant la campagne 2022.

Il est ainsi nécessaire de continuer à vous assurer de l'éligibilité des dossiers : habilitation, notification, contrôles sur pièces et sur place pour les dossiers soumis aux marchés publics.

Une note pratique vous sera adressée avant l'été pour vous accompagner dans ce processus.

4. Report, non fongibilité et versement des enveloppes tiers-lieux

Les enveloppes spécifiques tiers-lieux de 2,5M€ en 2023 et 2,5M€ en 2024 perdent leur caractère fongible avec les « enveloppes immobilières » et « le plan de rattrapage Outre-mer et Corse » (PROMC), les crédits seront exclusivement utilisés pour financer la création de tiers-lieux en dehors d'une opération de réhabilitation ou construction globale d'établissement.

Un report de l'enveloppe est possible dans les conditions mentionnées au point 1 de cette même instruction, à l'exception du taux de report de 5 % qui ne s'applique pas.

Il est également possible d'accorder une aide complémentaire à des opérations tiers-lieux émergeant sur l'enveloppe spécifique Ségur de 7,5M€ pour lesquelles un surcoût financier est constaté pour des motifs liés à des contraintes techniques et imprévisibles de réalisation de l'opération ou pour cause de l'augmentation des prix des matériaux (ce surcoût devra être justifié à l'ARS, documents à l'appui). L'aide complémentaire accordée devra être inscrite dans le téléservice GALIS comme un nouveau projet, par contre un avenant à la convention initiale permettra de contracter l'aide accordée. Le cumul des deux aides ne devra pas dépasser le taux de financement maximal de 80 %, calculé sur le montant de la dépense subventionnable actualisée.

Le pourcentage des acomptes versés aux établissements changent à compter de 2022 :

- 70 % du montant après signature de la convention ;
- 30 %, à réception par l'ARS du bordereau récapitulatif des factures acquittées certifié par le comptable correspondant au coût total de l'opération (toutes prestations confondues : travaux, achats réalisés, prestations intellectuelles réalisées et embauches); en complément devront être transmises les attestations d'embauche, l'attestation définitive de fin de travaux, les attestations de livraison des prestations intellectuelles.

Nous vous remercions de votre engagement et celui de vos équipes au succès de ce programme.

Vu au titre du CNP par le secrétaire général
des ministères chargés des affaires sociales,

Pour le ministre et par délégation :
Le directeur général de la cohésion sociale,

La directrice adjointe de la Caisse nationale
de solidarité pour l'autonomie,

Extrait de l'analyse documentaire relative à la recommandation de bonnes pratiques professionnelles « Qualité de vie en EHPAD »

3. Se sentir chez soi : un enjeu de la qualité de vie

L'enquête Drees sur l'opinion des résidents d'établissements pour personnes âgées sur leurs conditions de vie révèle que si les deux tiers des résidents se sentent chez eux dans leur chambre, 18% plus réservés s'y sentent presque chez eux et 14% plutôt non ou pas du tout. Les résidents se sentant le moins chez eux ont moins souvent participé que les autres à la décision de vivre dans l'établissement et à son choix.

Ce vécu est important car les personnes se sentant chez elles dans leur chambre sont plus souvent satisfaites que les autres des conditions de vie dans l'établissement.

La notion de chez soi s'inscrit dans un processus. « La difficulté de cette notion [notion de chez soi] réside dans la subjectivité de la relation opérée entre un individu et son environnement, qui s'inscrit dans la durée, et donne naissance à un sentiment de possession et d'appartenance, indissolublement liées. (...) L'investissement du lieu pour en faire un chez-soi en suppose aussi la pratique quotidienne. Le sentiment (et la sensation) d'être « chez soi » reposent sur l'appropriation liée à la vie quotidienne, sur la pratique d'un lieu particulier, enchâssé de manière unique dans d'autres lieux, et non d'un lieu comme un exemplaire parmi d'autres catégorie de lieux. (...) »

« Le chez-soi recouvre des réalités multiples, parce que c'est une notion relative : relative à la personne qui l'exprime, mais également relative à l'espace considéré ; il désigne aussi bien un pays, qu'une région, une ville, un quartier, une maison ou une simple chambre, selon le contexte dans lequel on y fait référence. (...) on peut avoir plusieurs chez-soi, dont l'occupation concrète est successive, mais qui ne perdent pas pour autant leur qualité de chez soi, après qu'on ne l'habite plus. Le flou du « chez-soi » en permet un usage plastique. Ainsi, bon nombre de personnes âgées en maison de retraite se sentent chez elles dans leur chambre, mais continuent à qualifier leur ancien domicile, et le monde qui gravitait autour, de « chez-soi ». Il est donc possible de mobiliser plusieurs chez-soi, pas forcément hiérarchisés, mais articulés dans le temps et dans l'espace. (...) »

« Le chez-soi en maison de retraite se définit ainsi de deux manières : c'est un espace privé, qui puise éventuellement dans des lieux publics et collectifs, auxquels il s'articule de façon singulière. Mais plus qu'un simple espace de repli hors du champ de la visibilité sociale, ou de liberté hors des contraintes collectivement réglées de la vie en commun, c'est un lieu investi subjectivement par la personne, qui lui permet de se reconnaître et qui garantit son identité. » [MALLON, 2005]

Le « chez soi » est vécu différemment par les personnes. Certaines personnes peuvent refuser de faire de la nouvelle résidence un véritable chez-soi et renonce par exemple à y emporter des meubles. Le chez-soi étant celui qu'elles ont laissé. Alors que d'autres souhaitent recréer une continuité et tentent de reconstituer le plus fidèlement possible leur ancienne chambre, ce qui suppose des dimensions équivalentes. [MALLON, 2008].

Lorsqu'une personne refuse de faire de la nouvelle résidence son « chez-soi », il est conseillé aux professionnels d'aider les personnes à rompre avec l'ancien habitat et de les accompagner à se construire un autre chez-soi. Aider les personnes à dire à adieu à leur vie d'avant, c'est-à-dire se libérer du désir de reproduire le passé, y renoncer pour accepter progressivement que la maison de repos n'est pas exactement la maison d'avant mais un autre chez-soi qui peut aussi être source de bien-être. [CHARLOT, 2009]

Au Québec, les directives ministérielles identifient plusieurs critères d'appréciation de l'autonomie, de l'identité et de l'intégrité du résident contribuant à un milieu de vie de qualité. « Pour le résident, il est possible :

- ✿ de recevoir qui il veut dans sa chambre et quand il le veut ;
- ✿ de choisir les mets en fonction de ses goûts et de sa culture ;
- ✿ d'aménager son temps en respectant ses habitudes de vie ;
- ✿ d'assumer certaines responsabilités dans l'établissement ;
- ✿ de décorer et d'aménager sa chambre ;
- ✿ d'exercer son droit de recevoir de la visite ;
- ✿ de pratiquer sa religion. »

Le rapport sur la mise en œuvre de ces orientations constate que « l'organisation du travail et (...) le caractère institutionnel de l'organisation empêchent toutefois le respect du rythme et des habitudes de vie ». A cet effet, les auteurs des conclusions recommandent notamment de « réviser l'organisation du travail qui : ✿ devra être déterminée par les besoins du résident ; ✿ favorisera la participation des membres du personnel, représentatifs de tous les titres d'emploi ; ✿ favorisera le respect de l'autonomie et de l'autodétermination en fonction des habitudes de vie et des routines spécifiques des résidents (par exemple, les heures de repas et des couchers, l'horaire du bain, etc.). »

La notion de « chez soi » est également à prendre en compte dans le contexte du collectif. « La notion de chez soi fait écho à ce besoin de régulation des relations à autrui. En effet, le chez soi définit la relation particulière qu'une personne entretient avec l'endroit où elle vit, relation associée à la satisfaction de besoins humains fondamentaux : maintien de l'identité, protection de l'intimité, recherche de sécurité. »

4. La chambre : espace personnel privilégié

En établissement où tous les autres espaces sont nécessairement partagés, « la chambre est tout à la fois une bulle protectrice, un lieu privilégié de la liberté et de l'espace identitaire de la personne. » 20

4.1 Un espace aux multiples usages

Dans un domicile ordinaire, la chambre à coucher est le lieu par excellence de l'intimité, voire du secret. Elle est rarement accessible à ceux qui ne partagent pas l'intimité de ceux qui l'occupent. « La chambre en maison de retraite, quelles que soient par ailleurs ses qualités de confort, oscille perpétuellement entre plusieurs statuts contradictoires :

- ✿ celui d'un équivalent-logement, en quelque sorte garanti par la réglementation puisqu'il est notamment possible d'y fumer ;
- ✿ celui d'un espace semi-professionnel (...);
- ✿ enfin un statut d'extension de l'espace institutionnel qui y imprime sa marque de diverses manières : choix des couleurs et des revêtements, liste plus ou moins longue d'interdictions diverses, intrusion des responsables et des professionnels en l'absence de la personne qui l'occupe, etc. » [EYNARD, 2007]

Au sein de l'établissement, la chambre est un espace multifonctionnel : dormir, manger, lire, écouter de la musique, regarder la télévision, faire l'amour, etc. [DUPRAS, 2007]. La chambre est à la fois un lieu de vie et d'hébergement et un lieu de soins. C'est la raison pour laquelle tout doit être mis en œuvre pour favoriser l'autonomie, les soins et respecter l'intimité. A ce titre, la chambre doit faire partie du projet de soin et de vie de chacun des patients hébergés. Il n'y a donc pas de chambre « type » mais une réflexion des professionnels pour l'adapter aux handicaps évalués en tenant compte des contraintes architecturales [DERYCKE, 2006].

La chambre est également le lieu où l'on reçoit. 96% des résidents qui reçoivent des visites de leurs proches les accueillent prioritairement dans leur chambre ou dans leur logement.

Toutefois, un quart des résidents reçoivent également leurs proches dans un lieu commun (salle à manger, salon, bibliothèque, jardin, etc.), cette pratique étant plus fréquente lorsque le résident est en chambre double. [Drees, 2007]

4.2 La chambre comme lieu de l'intimité

La chambre reste le lieu privilégié de l'intimité des personnes, où chaque objet personnel entreposé revêt le symbole de toute une vie. « L'organisation méticuleuse de la chambre – que l'on attribue trop souvent à une poussée maniaque – révèle bien l'importance que la personne accorde à l'organisation de la sphère privée (...) toute perturbation de cette mise en scène renvoie à une identité chahutée dans ses repères les plus intimes : d'où la juste colère à l'encontre d'une femme de chambre. » [DUPERREIN, 2009]. Le fait de pouvoir apporter son propre mobilier, et pas uniquement de « petits meubles », comme on le voit souvent écrit dans les règlements intérieurs, contribue à la qualité de vie. Pour se convaincre de cette importance, il suffit d'entendre le personnel dire à quel point il aime se rendre dans telle chambre parce que « Mme Untelle a fait de sa chambre un vrai chez-elle, avec son lit, ses meubles, ses bibelots, ses souvenirs », c'est-à-dire son histoire, son identité. Si cela est la règle en logement-foyer, ce peut l'être également en maison de retraite, même s'il faut négocier un jour le passage au lit médicalisé pour le confort de la personne comme pour celui des soignants. (Weka action sociale)

Chaque individu a besoin d'un endroit concret où il puisse se retrouver avec lui-même, ce que certains appelle un « espace cabane ». Or, les principes de précaution et de prévention justifient l'intrusion de l'institution dans la vie privée, voire dans ce qui est le plus intime. Pousser jusqu'au bout cette logique interdit le droit à garder certains de nos « jardins secrets ». Dans cette configuration, comment exister sans territoire propre ? Comment pouvoir vivre sans avoir pu se constituer un chez-soi, une intimité, un jardin secret ? [PLUYMAEKERS, 2006].

Pour garantir l'espace privatif, il apparaît important de marquer matériellement la transition entre espace public et espace privé. Par exemple, la porte d'entrée doit indiquer de façon claire le passage d'un endroit collectif (le couloir, une petite place) à un espace privé. Le nom de la personne doit figurer à bonne hauteur et en lettres bien visibles. Une sonnette est installée, comme dans la vie ordinaire. Une boîte à lettres personnelle est installée ; elle peut venir compléter cette entrée, même dans les unités de soins de longue durée où toutes les personnes ne sont pas complètement grabataires. (Weka action sociale).

Dans le canton de Vaud, la mention du nom et prénom du résident sur ou près de la porte numérotée de la chambre est obligatoire sauf si le résident s'y oppose.

Dans une maison de repos située en Belgique, on trouve sur chaque porte un numéro de maison personnalisé, une plaque nominative et une boîte aux lettres. Ce qui permet de bien montrer à chacun - famille et personnel - que l'endroit est privé ! [CHARLOT, 2009]

Une surface suffisante est également recommandée (ouverture de porte menant aux sanitaires, portes d'éventuels placards). Cette surface doit être compatible avec un déplacement du résident en fauteuil roulant, sans gêne. Si le logement comporte un balcon, l'accès à celui-ci en fauteuil roulant doit être possible. (Weka action sociale)

Lorsque le logement est partagé par deux personnes, sans lien de couple, il est nécessaire de prévoir un aménagement intérieur permettant de respecter le droit à l'intimité, aussi bien pour les toilettes faites au lit que pour des moments d'expression affective lors des visites des proches. Ces chambres collectives ne garantissent plus une qualité de vie si elles sont occupées par trois personnes ou plus. Des chambres pour deux personnes changent déjà les habitudes de chacun, la demande de chambres particulières va s'accroître. (Weka action sociale)

4.3 Aménagement de la chambre

Dans la recommandation de l'Anesm « Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement » un chapitre est dédié à l'espace personnel. Il se décline en quatre recommandations générales, à savoir :

- ♣ faciliter l'appropriation de l'espace privatif en hébergement ;
- ♣ entériner le caractère privatif de la chambre/logement ;
- ♣ aménager l'espace privatif ;
- ♣ garantir la confidentialité de la correspondance.

Deux tiers des personnes interrogées ont déclaré avoir apporté du mobilier personnel dans leur chambre (provenant de l'ancien domicile ou acquis au moment de l'entrée en établissement). Si cette possibilité est saisie par presque tous les résidents des logements-foyers (97%), elle l'est nettement moins en maison de retraite (56%) et en Usld (35%). Les anciens cadres et les résidents ayant exercé une profession libérale (75%) saisissent plus facilement cette possibilité que les anciens agriculteurs exploitants (54%) ou que les anciens ouvriers (55%) et les femmes plus que les hommes. De même, les résidents propriétaires meublent moins souvent leur chambre avec des biens personnels probablement parce qu'ils conservent, pour un certain temps, l'ancien logement en l'état alors que les locataires, n'ayant pas d'autre domicile dans la plupart des cas, investissent davantage leur chambre en meubles personnels.

Un quart des résidents n'ayant pas apporté de mobilier personnel l'expliquent en répondant que ce n'était pas leur préoccupation à l'entrée, un quart mentionne le manque de place dans leur chambre, et pour 14% des résidents, ce n'était pas possible d'apporter son propre mobilier dans l'établissement

Selon les gestionnaires d'établissement répondants, 70% des résidents disposent d'un téléphone dans leur chambre, dans 17% des cas le téléphone n'est mis en place que dans certaines chambres et dans 13% des cas, il n'y a pas de téléphone dans les chambres. Toujours selon les gestionnaires d'établissement, lorsque les résidents ont un téléphone dans leur chambre, presque tous peuvent appeler leurs correspondants sans passer par un standard (95%).

La chambre est l'espace qui prédispose le plus à la personnalisation des lieux. Il convient de l'aménager de rendre ce lieu familier aux personnes. La mise en place d'un bloc lavabo-douche-sanitaire dans

chaque chambre contribue par exemple à la privatisation de cet espace [CHARLOT et GUFFENS, 2006]. Donner le choix à tous les résidents entre une chambre particulière ou une chambre à plusieurs lits favorise également la privatisation des espaces (Drees, 2007).

La chambre doit être hospitalière : personnalisable et médicalisable. Elle est dotée de meubles lourds, stables et aux angles arrondis. Les professionnels doivent autoriser et encourager les résidents à y apporter des meubles personnels s'ils sont compatibles avec la sécurité et l'hygiène. Il est souhaité l'apport de bibelots, photos, affichage, souvenirs personnels, tableaux, dessus de lits, rideaux, voire des draps. A défaut, si l'établissement doit fournir le mobilier, on cherchera un style ne rappelant pas l'hôpital, tout en restant fonctionnel [VETEL, 2010].

En tant que lieu d'hébergement, « l'ambiance doit y être reposante avec un confort acoustique et la possibilité de moduler l'intensité lumineuse. Les veilleuses doivent être de faible intensité pour ne pas gêner le sommeil. Il faut privilégier l'éclairage naturel en raison des pathologies oculaires fréquentes à cet âge. Les fenêtres (au mieux orientées vers l'est ou l'ouest, pour éviter l'ensoleillement direct) seront équipées de volets électriques pour une meilleure maintenance et une facilité d'utilisation. Elles permettront une vision la plus large possible, devront pouvoir être ouvertes, en préservant du risque de chutes par des limiteurs d'ouverture que seul le personnel pourra condamner. »

Le choix de papiers peints ou de peinture pour les chambres et de faïence pour les sanitaires personnels relève de l'établissement. Il doit veiller à leur entretien régulier afin que chaque nouveau résident soit accueilli dans un lieu agréable. Il doit aussi veiller à éviter tout choix transformant ces espaces privés en chambre d'hôpital. La personnalisation de ces « substituts de domicile » doit se traduire dans ce domaine en le diversifiant par étage, voire au sein d'un même étage. Si l'établissement fournit les voilages et doubles rideaux des lieux privés, il vaut mieux éviter leur uniformité et prévoir toute une gamme de tissus permettant au résident de choisir ceux qu'il souhaite pour son « chez-lui ».

« La chambre doit pouvoir s'adapter à la personne âgée au niveau ergonomique et fonctionnel. Il faut veiller au revêtement de sol et limiter l'encombrement de la chambre (par du matériel non utilisé) afin de réduire le risque de chutes. Elle doit faciliter les organisations et le travail du personnel au niveau hôtelier, logistique, technique, maintenance dans le respect de la charte de la personne âgée dépendante hospitalisée. La porte d'entrée opaque, sans équipement particulier doit se dissimuler dans le décor pastel des couloirs pour ne pas attirer l'attention et diminuer les stimuli visuels inutiles, évitant ainsi les intrusions étrangères. Pour un maximum de perceptibilité le numéro de chambre sera situé à sa hauteur. »

Accueil > Un tiers-lieu en établissement

Un tiers-lieu en établissement ^[1]

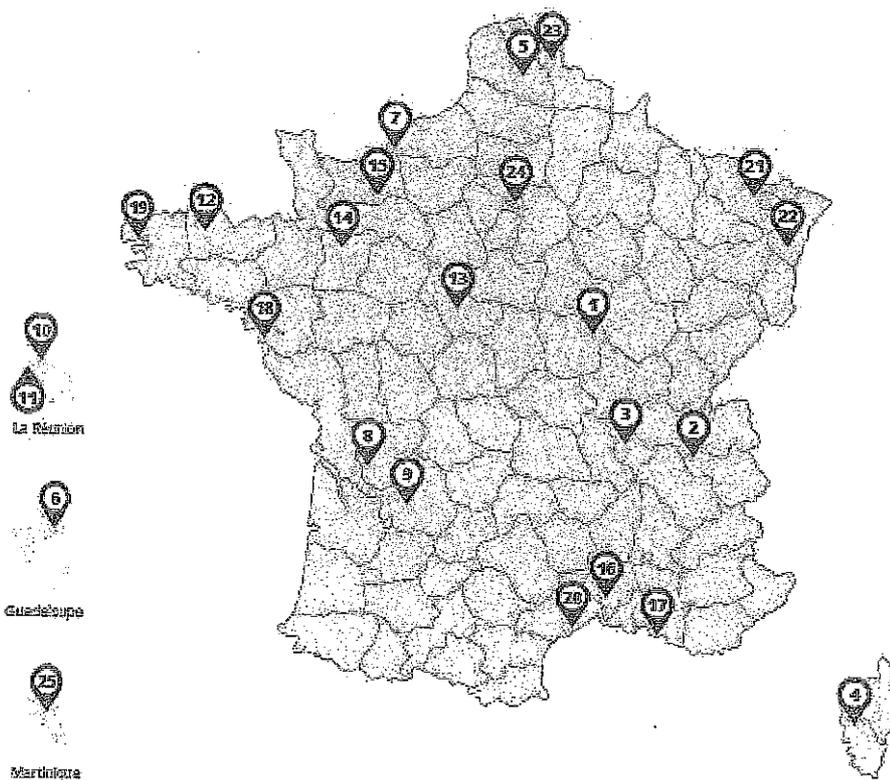
Un tiers-lieu est un lieu inspirant et stimulant pour les résidents de l'EHPAD ou de la résidence autonomie, une « place du village » qui fait entrer dans l'établissement des personnes et des activités inédites : couture, maraîchage, gym douce ou théâtre, café associatif, échanges de services... Il répond aussi aux besoins d'animation de la vie locale du territoire. Le principe est simple : chercher des complices locaux et imaginer ensemble un lieu, dans l'enceinte de l'établissement, qui soit librement accessible aux résidents comme aux habitants des environs, et qui permette les échanges, les rencontres, les animations entre personnes de tous âges. La CNSA incite les gestionnaires d'EHPAD (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) et de résidence autonomie à ouvrir et à valoriser leur établissement sur le territoire, en inventant avec leurs voisins et l'ensemble des acteurs de la vie locale des activités et des services qui favorisent le lien social. Elle finance la création et l'aménagement de tiers-lieux en EHPAD depuis 2021 et en résidence autonomie depuis 2022 afin de transformer l'offre d'établissements.

Des tiers-lieux en action ^[2]

Publié le : 21 novembre 2022 Mis à jour le : 02 juin 2023

À quoi ressemblent les tiers-lieux qui s'ouvrent progressivement dans les EHPAD ? Portrait des 25 projets expérimentaux financés par la CNSA.

Outils et
ressources pour
créer et faire
vivre un tiers-
lieu ^[3]



Publié le : 20 novembre 2022 Mis à jour le : 25 septembre 2023

La CNSA met à disposition un guide méthodologique et une boîte à outils réalisés avec le concours du laboratoire de recherche et de création sur le vieillissement "Vieillir vivant". Elle propose également un webinaire.

Comment initier un projet de tiers-lieu ? Comment mobiliser les partenaires ? Comment favoriser l'appropriation du projet de tiers-lieu par les professionnels de l'établissements, les résidents et les familles ? Comment mesurer les bénéfices du tiers-lieu sur le quotidien des résidents et des professionnels ? Quels points juridiques faut-il vérifier ? De nombreuses questions se posent pour conduire un projet de tiers-lieu en EHPAD ou en résidence autonomie.

Publié le : 21 novembre 2021 Mis à jour le : 11 décembre 2023

Comment financer mon projet de tiers-lieu en EHPAD ?

La CNSA soutient la création de tiers-lieux en EHPAD et en résidences autonomie. En 2021, elle a financé 25 tiers-lieux en EHPAD expérimentaux et a depuis 2022 délégué des fonds aux agences régionales de santé et à l'Assurance retraite pour soutenir de nouveaux projets. Si vous avez un projet de tiers-lieu pour votre EHPAD, renseignez-vous auprès de votre agence régionale de santé. La CNSA ne publiera plus d'appel à projets national. À compter de 2023, les projets de réhabilitation ou reconstruction d'EHPAD financés par la CNSA et les agences régionales de santé au titre du plan d'aide à l'investissement (PAI) devront obligatoirement proposer une forme d'ouverture sur l'extérieur. Les projets de tiers-lieu pourront donc être financés dans ce cadre, dès lors qu'ils répondent aux critères d'éligibilité du PAI.

Articles sur le même thème



Communiqué : Les EHPAD et leurs résidents au cœur de leur quartier grâce à 25 tiers-lieux ^[5]

En déplacement à Harnes, la ministre chargée de l'Autonomie Brigitte Bourguignon a annoncé les résultats de l'appel à projets « Un tiers-lieu dans mon EHPAD », lancé par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie en partenariat avec France tiers-lieux. Jardins partagés, cafés associatifs...

Ailleurs sur le web

Retrouvez la définition et des exemples sur France tiers-lieux ^[6]

Adresse : <https://www.cnsa.fr/outils-methodes-et-territoires/un-tiers-lieu-en-etablissement>

LES SEPT LIEUX

Tant que nous sommes en vie, nous avons des envies.

EN QUELQUES MOTS

Véritable place du village, ce tiers-lieu existe déjà sous forme de brasserie et bistro. L'objectif est de compléter et d'étendre le tiers-lieu actuel en aménageant le rez-de-chaussée d'une nouvelle résidence autonomie (bâtiment neuf), où une salle multi usage accueille des animations culturelles, des activités intergénérationnelles pour les résidents et les citoyens. Tenue du bistrot, participation à l'organisation des activités : les résidents sont pleinement impliqués dans le processus.

Les Sept lieux c'est aussi un développement de nouveaux espaces : un salon de coiffure 20 m², un pressing de 20m², un bureau de 20 m², une salle multi-usages 120 m². Les villages sont tournés vers le bourg de Guingamp.



“L'ouverture est essentielle pour transformer l'image de nos établissements et attirer de nouveaux partenaires, publics, habitants, visiteurs...”

OBJECTIFS DU PROJET

- Bien vieillir à la maison
- Relier le monde interne des villages au monde externe
- Fonder un univers stable pour les habitants, siège de repères temporels, spatiaux, historiques, culturels.

“Plus on ouvre, plus on nous voit, plus on va nous aimer !”

MÉTHODE ET PARTI-PRIS

Faire ensemble avec les habitants, soignants, familles, amis en défendant le temps long de réflexion et de partage avec les équipes.

Un petit saut au marché ? Et pourquoi pas opter pour le triporteur !



“Le tiers-lieu est dans notre ADN ! L'EHPAD est déjà pensé comme un tiers-lieux”

IDENTITÉ DU LIEU

Résidence Kersalic

Public Privé

Date de création : /

Lieu : 46 rue Maréchal Foch

22200 GUINGAMP

Capacité d'accueil : 72 places

Équipe établissement : 50 salariées

Équipe de projet :

- Corinne ANTOINE-GUILLAUME, directrice de l'EHPAD ou « madame la maire »
- Mickaël QUELEN, service hébergement et vie sociale, ou « premier adjoint »

DOMAINE D'ACTIVITÉS

- 1 • Restaurant cuisine communautaire et solidaire
- 2 • Pressing
- 3 • Salon de coiffure
- 4 • Bureaux
- 5 • Salles multi-usages

RÉSEAU DE PARTENAIRES

Activités et animations :

- CCAS
- Centre social
- Relais parents assistantes maternelles
- Club des aînés
- Amicale des résidents
- Association Ling Zhi Wu
- Association Voir-Ensemble
- Association Les Pantoufleurs
- Lycée Le Restmeur
- ASAD Argoat

Bistrot - boutique - pressing :

- EHPAD Résidence Autonomie Kersalic
- Amicale des résidents
- Salon de coiffure
- Kersalic coiffure

Prévention :

- Association Voir-Ensemble
- ASAD Argoat

Soutien - recherche :

- Université Catholique de l'Ouest

Conformément à ses missions, la CNSA finance des actions innovantes ou des expérimentations. Elle n'est pas responsable des décisions prises par les porteurs de projets pour mettre en œuvre ou faire fonctionner les tiers-lieux en EHPAD. La conduite des expérimentations ne préjuge en rien des conseils que donnera la CNSA pour le développement des tiers-lieux.

ALIMENTATION
ANIMATION SOCIALE
SERVICES DE PROXIMITÉ

Financé par
LE GOUVERNEMENT



Ministère de la Santé et des Solidarités

CNSA
Centre national de solidarité pour l'autonomie

lab.
des solutions de demain

la coopérative tiers-lieux

CARTON PLEIN

Vieilles Vivant!

L'Igas critique le "virage domiciliaire" et prône une mobilisation plus large

APM 02/04/2024 POLITIQUE NATIONALE, GESTION, FINANCES & RH

L'inspection générale des affaires sociales juge la notion actuelle de "virage domiciliaire" trop "restrictive" pour accompagner les personnes âgées en perte d'autonomie. Elle appelle les pouvoirs publics à se mobiliser de manière "forte et rapide" en menant une politique plus large vers les domiciles, ordinaires et alternatifs, et en engageant un plan national de transformation domiciliaire des Ehpad.

Le "virage domiciliaire"? Peut mieux faire: dans un rapport rendu public le 29 mars, intitulé "Lieux de vie et accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie: les défis de la politique domiciliaire", l'inspection générale des affaires sociales (Igas) enjoint clairement l'Etat à se retrousser les manches. Pour le rédiger, les auteurs Julien Emmanuelli, Jean-Baptiste Frossard et Bruno Vincent ont auditionné plus de 400 personnes, se sont rendus dans 12 départements, ont étudié la politique du Danemark et ont construit des projections de l'offre et de la demande en 2030, 2040 et 2050. Pour eux, "la notion de 'virage domiciliaire' telle qu'elle est communément entendue paraît inadaptée et se fonde sur des hypothèses fragiles" ne prenant par exemple pas en compte les multiples facteurs expliquant une entrée en établissement.

"De nombreuses personnes en forte perte d'autonomie vivent chez elles (un tiers des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie -APA- classées en GIR 1 et 2, niveaux les plus élevés sur une échelle de 1 à 6)" et "il ne va donc pas de soi de spécialiser les Ehpad sur les seules prises en charge les plus lourdes (GIR 1 à 3)."

La mission critique l'objectif actuel de diminution des admissions en Ehpad (baisse de 4 à 5 points de la part de bénéficiaires de l'APA vivant en établissement d'ici 2030), abordé souvent "par l'arrêt presque total de la création de places d'Ehpad". Or la réduction des admissions "ne peut intervenir de façon satisfaisante que si elle correspond à une baisse des besoins d'entrée et à une meilleure prise en compte des situations-limites du domicile".

"L'Etat doit se garder de reproduire en cette matière les erreurs commises dans les suites de la désinstitutionnalisation de la psychiatrie, qui, faute d'un renforcement adapté des capacités ambulatoires et du maintien à un niveau suffisant de l'offre en établissement, s'est accompagnée d'une désorganisation de la filière et d'une dégradation de l'accompagnement et du soin des personnes", alerte la mission.

Pour elle, tout comme pour l'Institut des politiques publiques en 2023, les conditions ne sont "pas encore réunies pour réussir, dans les 20 ans à venir, une politique domiciliaire", en dépit "d'avancées importantes" depuis la loi d'adaptation de la société au vieillissement de 2015.

Malgré la volonté "ancienne et continue" d'accroître la part de personnes en perte d'autonomie à domicile, cette dernière n'a pas connu d'évolution majeure depuis la création de l'APA en 2001, "aucune modification d'ampleur dans les accompagnements n'ayant permis de rupture avec les tendances de long terme".

Les auteurs relèvent néanmoins "plusieurs avancées déterminantes" pour les acteurs du domicile (création des services autonomie à domicile -SAD- et de places de services de soins infirmiers à domicile -Ssiad-, tarif plancher, branche autonomie, revalorisations salariales) mais qui "ne constituent qu'une amorce" et "n'ont pu rattraper une situation de sous-financement structurel et d'insuffisante priorisation".

Parmi les facteurs risquant de réduire les capacités à domicile (ordinaire et alternatif), ils évoquent la baisse du nombre de proches aidants, la faible attractivité des métiers du grand âge, des projections budgétaires fragiles (absence de mutualisation, part du PIB consacrée à la dépendance nettement inférieure par rapport aux pays plus avancés)...

S'agissant des domiciles alternatifs (résidences et habitats inclusifs), non armés pour accompagner des personnes très fragiles, leur place leur semble ambiguë.

La mission met notamment en avant l'écart croissant entre la cible initiale (personnes âgées autonomes souhaitant une vie sociale plus animée) et les personnes susceptibles d'y vivre (personnes en difficulté dont l'autonomie décroît et voulant plus de sécurité).

Lors de leurs déplacements, les auteurs ont "déjà constaté des situations de grande tension, où la saturation des établissements et la fragilité des services à domicile pouvaient conduire à maintenir des personnes chez elles dans des conditions dégradées, et à reporter la charge sur le système hospitalier et les familles".

Face à la hausse estimée du nombre de personnes âgées en perte autonomie (+16% en 2030 par rapport à 2020, +36% en 2040 et +46% en 2050 à près de 4 millions) et sans "action publique ambitieuse tant sur le financement que sur les moyens humains", la mission met en garde contre une possible dégradation des conditions de vie et d'accompagnement, la saturation des Ehpad, le report de charge vers les familles, la pénibilité accrue pour les professionnels, des modes de prise en charge peu encadrés (emploi direct) et les risques d'abus de faiblesse et de maltraitance.

Une inquiétude porte sur la mise en tension du système de soins "pour tous les patients, âgés ou non", la "déstructuration" du système hospitalier, et le coût très élevé pour les finances publiques, "les séjours hospitaliers représentant des coûts publics sans commune mesure avec celui d'un accompagnement de qualité à domicile ou en Ehpad".

Un plan national de transformation domiciliaire des Ehpad

Afin que l'Ehpad ne reste pas un "repoussoir symbolique" à l'écart de la politique domiciliaire, l'Igas appelle à opérer une "transformation domiciliaire" de ces établissements. Certains "agissent d'ores et déjà en ce sens, avec l'appui de la CNSA [Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie], mais aucun plan d'envergure nationale n'a été lancé".

Cela peut passer par la mise en place d'espaces privés, la liberté de recevoir l'entourage, la possibilité d'avoir un animal de compagnie, une boîte aux lettres, de petites unités et des salles à manger de taille familiale, l'emploi de matériaux et décorations du domicile et la délivrance personnalisable des prestations.

Les "problématiques bâtimementaires" (chambre double, sanitaires) existent mais ne sont qu'une des dimensions de la transformation domiciliaire plus globale des Ehpad, note la mission.

Par ailleurs, elle estime que de nombreux départements vont avoir besoin de créer des places d'Ehpad, pour éviter une saturation dans les années 2030. Elle appelle à construire des places dans une "trentaine de départements prioritaires" et à amplifier l'action gouvernementale engagée en faveur d'un meilleur équipement des territoires ultramarins et de la Corse.

Tiers-lieu en Ehpad : pourquoi le mettre en place ? Comment le financer ?

Gregory Cousyn
October 26, 2023

En Ehpad et résidences autonomie une initiative novatrice gagne du terrain : la création de tiers-lieux au sein des structures.

Le recensement de France Tiers-Lieux publié en septembre, témoigne de leur essor. On compte : 3.500 tiers-lieux en 2023 (contre 2 500 en 2021).

Dans cet article, découvrez les raisons de son adoption croissante dans le secteur des Ehpad, les avantages pour toutes les parties prenantes, les bonnes idées de tiers-lieux et comment faire financer un projet.

Qu'est-ce qu'un tiers lieu ?

L'association France Tiers-lieux nous donne cette définition :

« un endroit qui hybride des activités pour répondre à un besoin du territoire. Il existe autant de définitions que de tiers-lieux. Espaces de coworking, friches culturelles, fablabs, tiers-lieux nourriciers... ils ont en commun de réunir un collectif citoyen engagé, ouvert et favorisant la coopération. »

Qu'est-ce qu'un tiers lieu en Ehpad ?

Le tiers-lieu en Ehpad se présente comme une source de ressources ouverte aux initiatives des résidents et des structures voisines.

Les activités proposées reposent sur la convivialité des espaces d'accueil et s'étendent au-delà des murs de l'établissement. Une initiative participative qui rassemble les habitants et les partenaires locaux pour promouvoir le bien-vivre et le bien-vieillir.

Quel en est l'objectif ?

L'objectif du concept du tiers-lieu en Ehpad est d'obtenir une reconnaissance en tant qu'acteur clé de l'animation de la vie locale (au-delà de sa mission de base liée à l'hébergement et aux soins).

Ce lieu doit favoriser la création de liens entre tous les membres de la communauté, avec une attention particulière portée aux personnes accueillies.

L'intégration d'un tiers-lieu en Ehpad s'inscrit dans une perspective d'ouverture, de collaboration, et d'innovation, visant à améliorer la qualité de vie des résidents tout en contribuant activement au dynamisme de la communauté locale.

Tiers-lieu en Ehpad : quels sont les avantages ?

La création d'un tiers-lieu en Ehpad comporte de nombreux avantages pour toutes les parties prenantes.

Pour les résidents : une maison à vivre

L'introduction d'un tiers-lieu dans l'Ehpad offre aux résidents une expérience enrichissante. Les personnes accueillies passent ainsi d'un établissement médico-social à une véritable "maison à vivre".

Cela signifie un environnement plus convivial, des activités diversifiées et un fort sentiment d'appartenance à une communauté. Les résidents bénéficient d'une meilleure qualité de vie et d'un renforcement du lien social.

Pour les familles : transition vers la logique participative

La transition vers un tiers-lieu permet aux familles de se détourner d'une approche centrée sur les services pour une logique plus participative.

Les proches des résidents sont davantage impliqués et peuvent contribuer activement à la vie de l'Ehpad. Cela renforce les relations familiales et crée un environnement de soutien plus collaboratif.

Pour les équipes : du lieu de travail à la "fabrique d'initiatives"

Le personnel de l'Ehpad bénéficie également de cette évolution. L'Ehpad devient une fabrique à initiatives, favorisant la créativité et l'innovation au sein de l'équipe. Les soignants et les accompagnants trouvent une nouvelle motivation dans leur travail, en étant encouragés à développer des projets et des activités stimulantes pour les résidents.

Pour les partenaires : de la logique de prestations à une logique de partenariat

Les partenaires externes, tels que les associations, les entreprises locales et les organisations communautaires, voient leur relation avec l'Ehpad évoluer. Ils ne se contentent plus de fournir des prestations, mais deviennent des partenaires actifs, contribuant à la vie du tiers-lieu. Cette collaboration renforcée crée des synergies positives et améliore la qualité des services offerts aux résidents.

Pour le territoire : devenir voisin et acteur de la commune

L'intégration d'un tiers-lieu dans l'Ehpad transforme le territoire en un acteur local clé. Il cesse d'être une "maison du village isolée" pour devenir un voisin engagé et actif au sein de la commune. Cela renforce les liens entre l'Ehpad et la communauté locale, encourageant une plus grande interaction intergénérationnelle et culturelle.

Comment faire financer un tiers-lieu en Ehpad ?

La Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) encourage activement les gestionnaires des structures à ouvrir leurs portes à la communauté locale. L'objectif est de collaborer avec l'ensemble des acteurs de la vie locale pour développer des activités et des services favorisant le lien social.

Entre 2022 et 2024, la CNSA a consacré 2,5 millions d'euros par an à l'aide à la création de tiers-lieux en EHPAD.

Un financement dans le cadre d'un projet de réhabilitation ou de construction

Depuis 2023, le financement d'un tiers-lieu en EHPAD peut être envisagé en s'appuyant sur des mécanismes financiers déjà en place, plus précisément, dans le cadre des projets de réhabilitation ou de construction d'Ehpad.

Ces projets qui bénéficient du soutien financier de la CNSA et des Agences Régionales de Santé dans le cadre du plan d'aide à l'investissement des ESMS (PAI), devront désormais inclure : une forme d'ouverture sur l'extérieur, (que ce soit sur le plan organisationnel ou architectural).

Ainsi les projets de tiers-lieu au sein des Ehpad peuvent être éligibles à un financement dans ce contexte, à condition qu'ils respectent les critères d'éligibilité spécifiés dans *l'instruction du 25 avril 2022 relative à la mise en œuvre du plan d'aide à l'investissement des établissements et services pour personnes âgées*.

Cass. 2e civ., 23 mai 2019, n°18-17369

Concilier le respect des droits et libertés des personnes accueillies en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) avec les exigences légales de protection et de sécurité constitue une tâche quotidienne des directeurs et personnels de ces établissements. La gestion du risque d'incendie, malgré la liberté pour la personne hébergée de fumer dans sa chambre, en constitue une illustration, ce dont témoigne l'affaire jugée par la deuxième chambre civile de la Cour de cassation le 23 mai 2019.

Un incendie se déclare dans les locaux d'un EHPAD jurassien à la suite de l'embrasement de la chambre de l'un de ses résidents, Monsieur E. M., décédé des suites de l'accident. L'assureur de l'EHPAD ayant indemnisé celui-ci pour les dommages matériels causés par l'incendie, assigne l'assureur du défunt en remboursement des sommes versées, sur le fondement des articles 1382, 1383 et 1384 anciens du code civil (devenus 1240 et s.), mais aussi des articles 1733 et 1734 du même code, dispositions qui fixent notamment une présomption de responsabilité du locataire en matière d'incendie.

La cour d'appel d'Angers rejette la demande, au motif que l'incendie serait imputable à une faute de l'établissement. Elle relève tout d'abord que l'incendie a bien pris naissance dans la chambre du résident alité ayant allumé puis fait tomber ou mal éteint un cigare, et ainsi mis le feu à son lit. Or, il ressort du dossier que *« tant les infirmières que les aides-soignantes de l'EHPAD étaient au courant du fait que E. M. fumait dans son lit et qu'il disposait à côté de son lit d'un adaptable contenant, notamment, ses cigares et ses briquets », outre « qu'il donnait de l'argent pour l'achat de ses cigares au personnel de l'EHPAD ».*

Elle constate ensuite que *« même s'il n'a pu être justifié (...) d'une interdiction faite par la direction aux résidents de fumer dans leur lit, cette règle élémentaire ne pouvait être ignorée du personnel, lequel admet pourtant qu'il lui arrivait d'allumer des cigares à E. M., alors qu'il se trouvait dans son lit ; qu'en laissant à celui-ci, décrit comme ralenti, très affaibli, très fatigué depuis deux jours, et ne quittant plus le lit, la disposition d'un briquet et de cigares dans une table de nuit directement accessible, l'EHPAD a commis une faute, en sorte que la D. doit être déboutée de son action dirigée contre l'assureur de responsabilité civile de E. M. sur le fondement des articles 1382, 1383 ou 1384, alinéa 1er, anciens du code civil ».*

Si la Cour de cassation ne remet pas en cause la faute du personnel de l'EHPAD et la responsabilité civile de ce dernier, en revanche, elle censure le raisonnement des juges d'appel ayant exclu toute responsabilité du résident à la fois auteur et victime de l'incendie, ce au visa de l'ancien article 1382 du Code civil : *« Qu'en statuant ainsi, alors qu'elle constatait que E. M. avait provoqué l'incendie en faisant tomber ou en ayant mal éteint le cigare qu'il avait lui-même allumé, ce dont il résultait qu'il avait commis une faute d'imprudence qui avait concouru au dommage, la cour d'appel n'a pas tiré les conséquences légales de ses constatations et a violé le texte susvisé ».*

La Cour de cassation ajoute qu'en présence d'une telle faute, la responsabilité du résident ne pouvait être écartée que si la faute de l'établissement revêtait les caractères de la force majeure. Au visa de l'article 1384 al. 1er du Code civil, relatif à la responsabilité du fait des choses, elle juge « *Qu'en se déterminant ainsi, sans relever que la faute qu'elle imputait à l'EHPAD revêtait les caractères de la force majeure, seule de nature à exonérer en totalité de sa responsabilité E. M., gardien du briquet et du cigare instruments du dommage, la cour d'appel n'a pas donné de base légale à sa décision* ».

La dégradation des locaux, seul préjudice nous intéressant ici (le préjudice corporel du résident n'étant pas en discussion dans l'arrêt), est donc imputable tant à la faute du personnel de l'établissement ayant laissé le résident fumer dans son lit que dans la faute du résident négligent, ce dont il devrait résulter un partage de responsabilité.

1. La faute imputable à l'établissement

S'agissant de la faute imputable à l'établissement, il convient de rappeler le cadre normatif de la consommation de tabac en établissement médico-social (V., J.-B. Thierry, Intimité et vie privée en institution, étude n° 15 in F. Violla (dir.), Jurisprudences du secteur social et médico-social, Dunod, 2012).

La chambre du résident étant considérée comme un espace privatif, l'usager peut en principe librement fumer dans sa chambre. Certes, l'article L. 3511-7 du Code de la santé publique dispose qu'il est interdit de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif, sauf dans des emplacements réservés aux fumeurs. Sont concernés tous les lieux fermés et couverts qui accueillent du public ou qui constituent des lieux de travail (R. 3512-2 CSP), ce qui inclut également les établissements sociaux et médico-sociaux. En revanche, aucun texte ne se prononce sur le sort de la chambre de l'usager. Espace privatif et d'intimité, celle-ci devrait échapper en toute logique à cette interdiction.

C'est ce qui ressort de la circulaire du 12 décembre 2006 relative à la lutte contre le tabagisme dans certains établissements sociaux et médico-sociaux (Circ. du 12 décembre 2006 relative à la lutte contre le tabagisme dans les établissements sociaux et médico-sociaux assurant l'accueil et l'hébergement mentionnés aux 6, 7, 8 et 9 du I de l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles, NOR : SANA0625146C, JO 19 janv. 2007, p. 1144), notamment les EHPAD. Ce texte précise notamment : « *bien que les gestionnaires et les responsables d'établissements soient tenus d'assurer la protection individuelle et collective des personnes hébergées ou des résidents, l'interdiction de fumer ne s'étend pas à leur chambre. En effet, la chambre doit être assimilée à un espace privatif. Toutefois, pour se prémunir contre le risque d'incendie, le règlement de fonctionnement de l'établissement fixera les recommandations à observer liées à l'autorisation de fumer dans les chambres et édictera une interdiction formelle de fumer dans les lits. Dans l'hypothèse de chambres collectives, il appartiendra aux responsables d'établissements de prendre les mesures nécessaires pour regrouper dans la mesure du possible les personnes hébergées ou les résidents consommateurs*

de tabac. Dans le cas où, dans la même chambre, un des occupants s'opposerait à la consommation de tabac, aucune autorisation ne pourra être accordée à l'autre ou aux autres occupants ». La liberté de l'usager peut donc souffrir certaines restrictions, en particulier celle de fumer dans son lit, précision qui n'est pas inutile pour des personnes en perte d'autonomie et passant beaucoup de temps allongé (comp., pour le patient accueilli en long séjour à l'hôpital : Circulaire du 8 décembre 2006 relative à la mise en œuvre des conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les établissements de santé).

Rappelons que cette circulaire n'a pas, au sens strict, de portée obligatoire. En pratique cependant, il n'est pas rare que le règlement de fonctionnement de l'EHPAD s'y conforme et rappelle les conditions entourant l'usage du tabac dans les chambres. Dans ce cas, l'établissement est *a fortiori* tenu de faire respecter la règle qu'il a lui-même édicté. Il ressort de l'arrêt commenté que, même en l'absence de disposition expresse interdisant aux résidents de fumer dans leur lit, l'obligation légale de sécurité qui pèse sur les établissements (V., L. 311-3 du CASF ; rappelons qu'il s'agit d'une obligation de moyens et non de résultat) implique à la fois qu'ils prévoient et s'efforcent de faire respecter cette interdiction. Tel n'était pas le cas en l'espèce, puisqu'il ressort de l'arrêt que le résident affaibli fumait régulièrement allongé, sans réaction du personnel ou de la direction.

2. La faute imputable au résident

C'est sur ce point que l'arrêt d'appel encourt la censure, ayant exclu toute responsabilité du résident et de son assureur au prétexte que le dommage serait imputable à la faute de l'établissement : « l'EHPAD a commis une faute, en sorte que la D. doit être déboutée de son action dirigée contre l'assureur de responsabilité civile de E. M. ». Deux rappels apparaissent ici utiles.

D'une part, le fait que l'établissement se soit rendu coupable d'une faute n'exclut pas en soi l'existence d'une autre faute ayant concouru au dommage et donc la présence de coauteurs. Or, pour la Cour de cassation, l'attitude de Monsieur E. M. ayant laissé tomber ou mal éteint sa cigarette, devait conduire la cour d'appel à retenir une faute de négligence du résident. Dès lors, les juges du fond ne pouvaient exclure sans contradiction toute responsabilité de ce dernier et de son assureur. Rappelons en outre qu'en matière de responsabilité civile, le degré de discernement de la personne n'est pas un élément déterminant, la faute étant conçue comme un comportement objectivement anormal. Le majeur sous tutelle ou le très jeune enfant qui cause un dommage engage ainsi sa responsabilité. Il n'en va différemment qu'en matière pénale, l'abolition ou l'altération du discernement ayant une incidence sur la responsabilité de la personne. En l'espèce, l'éventuelle fragilité psychique ou cognitive de Monsieur E. M. ne faisait donc pas obstacle la reconnaissance d'une faute en lien direct avec le dommage. On relèvera encore que la responsabilité du résident pouvait en l'espèce être retenue tant sur le fondement de la faute que sur celui de la responsabilité générale du fait des choses (1384 al. 1er ancien C. civ., devenu 1242).

D'autre part, la faute de l'établissement s'analyse en l'espèce comme une faute de la victime, dès lors que l'action était exercée par son assureur pour le dommage matériel découlant de l'incendie des locaux. Or, il est constant que la faute de la victime n'est qu'une cause d'exonération partielle de responsabilité, sauf lorsqu'elle remplit les caractères de la force majeure. En conséquence, la cour d'appel ne pouvait écarter la responsabilité du résident sans caractériser les éléments constitutifs de cette cause d'exonération, à savoir, l'existence d'un événement à la fois imprévisible, irrésistible et extérieur. A l'évidence, retenir la force majeure était ici inenvisageable, la faute du résident étant la cause la plus immédiate du dommage, l'attitude permissive du personnel de l'EHPAD n'en constituant qu'une cause indirecte.

Paul Véron

Maître de conférences à l'université de Nantes,
Laboratoire Droit et Changement Social (UMR 6297),
Chercheur associé au CERDACC

Quelle liberté sexuelle en EHPAD ?

Un point de vue d'éthique clinique

par Nicolas Foureur

Nicolas Foureur est médecin responsable du Centre d'éthique clinique de l'AP-HP à l'hôpital Cochin à Paris. Dermatologue, il est aussi ancien chef de clinique en gériatrie. Ses champs de

recherches portent sur la psychiatrie, le vieillissement – son institutionnalisation, les dépendances qu'il génère –, la fin de vie, la santé sexuelle et l'éthique clinique.

— Les personnes âgées vivant en institution disposent-elles encore de leur liberté sexuelle ? Les EHPAD, pourtant censés faire office de simples lieux de résidence, sont aussi devenus des espaces de haute surveillance, si ce n'est parfois d'interdiction pure et simple des relations affectives et charnelles entre résidentes, contrevenant, lorsqu'elles sont librement consenties, aux droits fondamentaux des premier·ères concerné·es. Depuis plusieurs années, le Centre d'éthique clinique de l'AP-HP élabore des pistes de réflexion pour permettre le maintien d'une vie sexuelle libre dans un contexte de dépendance physique et/ou cognitive mais aussi d'omniscience des équipes soignantes et d'ingérence des proches. —

Parmi les enjeux liés à la sexualité, notamment dans le domaine médical, il en est un qui a entraîné de plus en plus de préoccupations ces dernières années. Il s'agit de ce qui est le plus souvent qualifié de « vie affective et sexuelle » des personnes âgées en Ehpad¹. Au point que la Haute Autorité de Santé (HAS) a publié très récemment une note de cadrage sur ce thème² après avoir été saisie en

2019 par la Direction Générale de la Santé (DGS). Ses objectifs sont entre autres de « promouvoir une approche positive de la sexualité » et « prendre en compte les besoins et attentes en matière de vie affective et sexuelle de la personne accompagnée dans son projet personnalisé et l'organisation de la structure » à travers des recommandations attendues pour 2024.

1 Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

2 *Vie affective et sexuelle dans le cadre de l'accompagnement des ESSMS - Recommandation de bonne pratique*. Mis en ligne le 8 juin 2022, https://www.has-sante.fr/jcms/p_3343657/fr/vie-affective-et-sexuelle-dans-le-cadre-de-l-accompagnement-des-essms-note-de-cadrage.

Le Cec a été régulièrement sollicité sur ce sujet pour des cas particuliers, lorsque des professionnels d'Ehpad étaient en désaccord, entre eux, ou avec des proches de résidents, sur le fait d'empêcher, laisser faire ou favoriser la vie affective et sexuelle de deux de leurs résidents. Pour rendre compte des questions éthiques que soulèvent ces situations, cet article prend pour base un chapitre du livre *Aide-mémoire Éthique clinique*³ et en particulier un des cas cliniques qui y est décrit⁴.

QUESTIONNEMENTS ÉTHIQUES

Il s'agit d'une situation dont les protagonistes sont un homme âgé de 78 ans, marié, et une femme âgée de 82 ans, veuve et sous tutelle d'un de ses 6 enfants. Il est atteint d'une maladie d'Alzheimer entraînant des troubles cognitifs importants. Elle, a subi plusieurs AVC⁵. Ils ont été « institutionnalisés » en Ehpad par leurs proches car leur maintien à domicile devenait trop compliqué et dangereux. Après une période d'adaptation plus délicate pour elle que pour lui, ils semblent avoir trouvé un équilibre de vie. Depuis quelque temps, elle est très attentionnée vis-à-vis de lui, notamment en lui apportant toute sorte d'aliments à grignoter. Le problème est que lui présente des troubles de la déglutition, liés à l'évolution de sa maladie, et qu'il risque de faire des fausses routes et des infections pulmonaires s'il ne respecte pas un régime strict fait d'aliments mixés et d'eau gélifiée. Par ailleurs, leur relation s'est depuis peu transformée, prenant un caractère sexuel évident. Cela provoque un conflit entre les professionnels du lieu, certains promouvant le respect de leur liberté et de leurs vies privées, d'autres s'inquiétant de leur sécurité et bien-être. C'est ce conflit de valeurs qui entraîne l'appel au Cec.

3 Véronique Fournier, Nicolas Foureur (2021), *Aide-mémoire Éthique clinique*, Paris, Dunod, p. 87-101.

4 Cet article ne traite pas de ce qui est qualifié de « troubles du comportement » relatifs à la sexualité de patients atteints de troubles cognitifs, ayant des gestes « inappropriés » auprès du personnel soignant et qui relèvent de leur accompagnement médical habituel, au même titre que d'autres « troubles du comportement » sans lien avec la sexualité.

5 Accident vasculaire cérébral.

En réaction à cette histoire, on peut faire valoir le droit fondamental de tout un chacun à son autodétermination⁶. Chaque personne peut engager les relations intimes qu'elle désire tant qu'elles sont consenties par les partenaires engagés. Cela renvoie à la liberté de décider de son activité sexuelle, comme le font les personnes âgées vivant à leur domicile, quand même elles présenteraient des « troubles cognitifs ». Malgré un certain tabou de la sexualité à un âge avancé, est de plus en plus acceptée l'idée que le plaisir intime et sexuel n'a pas d'âge⁷ et qu'il contribue au bien-être⁸. Enfin, le fait de vivre en institution n'empêche pas de respecter l'intimité et la vie privée, d'autant que ce type de situation concerne principalement des professionnels de santé habitués à tenir compte de ces droits. Pourtant, les décisions relatives à la vie affective et sexuelle de résidents en Ehpad posent question quel que soit le principe éthique à travers lequel on l'analyse.

Principe du respect de l'autonomie

La première question concerne la compétence de ces deux personnes. Les considère-t-on en capacité de prendre des décisions pour eux-mêmes ? On peut penser qu'ils ne sont pas compétents du fait de l'existence des troubles cognitifs importants, comme le rappellent régulièrement des médecins au regard de grilles d'évaluation standardisées. Mais au sens éthique du terme et au quotidien en Ehpad, il est important de savoir si cette attirance réciproque est le signe d'une volonté, d'une certaine autonomie « résiduelle »⁹ ? Plusieurs éléments le laissent penser en l'espèce, compte tenu notamment des réactions de l'un et de l'autre. En particulier,

6 Dominique Dubois (2017), « La vie affective et sexuelle en établissement et service social et médico-social », *Actualités sociales hebdomadaires*, 3026, 3-111.

7 Catherine Grangeard (2022), « Il n'y a pas d'âge pour jouir », *Pour*, 242, 157-162, <https://doi.org/10.3917/pour.242.0157>.

8 Philippe Thomas, Cyril Hazif-Thomas (2021), « La sexualité et intimité des personnes âgées », *Trajectorias Humanas Transcontinentales*, 10. <https://doi.org/10.25985/trahs.3686>

9 Nicolas Foureur (2016), « Plus de place au principe d'autonomie pour plus de respect des personnes âgées », *Gérontologie et société*, 38(150), 141-154.

l'attrance ciblée et unique de cette femme pour cet homme paraissait sincère, plutôt que relever d'une certaine désinhibition qui touche particulièrement les personnes atteintes de troubles d'origine vasculaire comme elle.

**EN EHPAD, IL EST IMPORTANT
DE SAVOIR SI CETTE ATTRANCE
RÉCIPROQUE EST LE SIGNE D'UNE
VOLONTÉ, D'UNE CERTAINE
AUTONOMIE « RÉSIDUELLE »**

D'ailleurs, plus que la notion de capacité ou de compétence, le respect du consentement est important. Dans ces situations, les soignants sont vigilants à le vérifier. La question est cruciale, en particulier chez des personnes qui, la plupart du temps, n'ont pas consenti à leur « institutionnalisation » en Ehpad. Si le Défenseur des droits et des libertés¹⁰ ou le Comité Consultatif National Éthique (CCNE)¹¹ ont alerté sur la manière dont la société traite le grand âge à travers, entre autres, ces institutionnalisations non consenties, le recueil du consentement au quotidien au sein de l'Ehpad reste néanmoins compliqué. Mais on peut se demander si les décisions relatives à la sexualité nécessitent plus, ou au contraire moins, de consentement éclairé que pour d'autres décisions médicales. Les choix relatifs à la sexualité se rapprochent-ils plus d'une envie (ex. : choisir la couleur de sa robe) que d'un choix plus réfléchi et aux conséquences plus importantes (ex. : accepter une chimiothérapie) ? Il faut certes être vigilant pour ne pas cautionner un rapport de force déséquilibré entre deux partenaires, mais aussi veiller à laisser libre cours aux désirs intimes, dont personne ne peut dire par quoi ils sont guidés et à quoi ils devraient ressembler (si ce n'est les personnes directement concernées). Enfin, en cas d'« atteinte cognitive » inégale entre deux personnes concernées, la responsabilité de l'acte repose-t-elle davantage sur l'un que sur l'autre ?

10 <https://www.defenseurdesdroits.fr/fr/communique-de-presses/2021/05/les-droits-la-dignite-et-les-libertes-des-personnes-agees-en-ehpad-trop>

11 <https://www.cne-ethique.fr/node/175?taxo=75>

Le respect de l'autonomie ne s'arrête pas au respect du consentement libre et éclairé de la personne ou à celui de ses volontés. Il est important de considérer la personne dans sa globalité, et en particulier à cet âge, au regard de son passé et la manière dont elle a mené sa vie. Pour apprécier ce que nous appelons au Cec l'« autonomie authenticité » de la personne, nous estimons qu'il faut tenter de prendre en considération son caractère, son identité. Respecte-t-on vraiment la personne dans son autonomie si on la laisse faire quelque chose dont on n'est pas sûr qu'elle le souhaiterait si elle avait pleinement conscience de ses actes ? Peut-on répondre différemment en fonction de ce qu'en dirait la personne ou de ce qui a été important pour elle ? Par exemple, est-on moins enclin à laisser une personne libre de ses actes si elle a eu un passé religieux dont les valeurs défendues jusque-là seraient contraires à son comportement actuel ? Est-on inversement plus enclin à laisser faire une personne connue pour avoir multiplié les conquêtes et avoir toujours été libérée dans sa sexualité ? Cela renvoie aussi au dilemme entre appréhender « la personne d'avant » et « la personne de maintenant ». Certains affirment que c'est une nouvelle personnalité qu'il faut respecter, quand bien même elle serait liée à des troubles cognitifs ou une maladie.

*Principes de bienfaisance
et de « non-malfaisance »*

La vie affective et sexuelle des deux protagonistes de cette histoire singulière pose aussi question en termes de bienfaisance et de non-malfaisance.

Pour *lui*, car elle fait prendre des risques médicaux du fait des fausses routes que sa maladie entraîne. Certes, on peut se demander si cette médicalisation du grand âge (ici la protection des fausses routes par une alimentation « modifiée ») est toujours un bénéfice pour ces personnes atteintes d'une pathologie neurodégénérative qui ne fera que s'aggraver, et une fois de plus, dans un contexte où elles se trouvent en EHPAD le plus souvent contre leur gré. Mais on ne peut nier que cela soit une



* ET PLUTÔT QUE REGARDER CE PETIT DESSIN, COUREZ-VOUS RENDRE "VOLAU DESSUS D'UN NID DE COUCOUS", DE MILOS FORMAN !! NON MAIS !!!

préoccupation légitime des professionnels qui sont auprès d'elles au quotidien.

Pour elle, car elle peut souffrir si son comportement n'est pas lié à un vrai choix (en se rendant compte que le partenaire n'est pas celui auquel elle pensait par exemple) ou encore subir des conséquences physiques de ces actes, notamment sexuels (douleurs, chute ou autre accident de santé). Au-delà de ces risques, elle présente des troubles du comportement à type d'agressivité, verbale et physique, lorsqu'on l'éloignait de lui.

Dans d'autres situations, des personnes refusent même des soins lorsque le contact avec leur partenaire est insuffisant. Cela justifie-t-il qu'on privilégie les contacts entre les personnes malgré les risques encourus ? Ou au contraire, faut-il les séparer pour éviter ces risques, en comptant sur le fait que les personnes s'oublient et ne souffrent plus de leur séparation après quelque temps ? Le meilleur intérêt de la personne est un des enjeux majeurs de ce type de circonstances. Se mesure-t-il en fonction de sa « sécurité » ou de son confort ? Se mesure-t-il en fonction de critères médicaux ?

Principe de justice

Le principe de justice est ici interrogé à partir des conséquences en terme collectif des décisions médicales à prendre quand la vie affective et sexuelle est discutée.

Concernant le droit, on peut rappeler, même si cela est une évidence, et le plus souvent une grande préoccupation des soignants par peur d'être dans l'illégalité, qu'il est impossible de laisser faire toute pratique ayant trait, de près ou de loin, à une agression sexuelle, voire à un viol. Cela dit, le droit n'évacue pas pour autant le dilemme éthique dans ce type de situation. Certains droits des patients ou droits fondamentaux, comme dit précédemment, tendent à ce que les comportements soient respectés, de sorte qu'empêcher une relation affective ou sexuelle entre deux résidents pourrait être tout aussi illégal que la permettre. Quant aux recommandations de bonnes pratiques, elles ne sont que balbutiantes à ce stade et resteront probablement suffisamment larges pour que chacun puisse appréhender les situations en fonction de leurs contextes.

Ici, la spécificité principale est le fait de vivre en Ehpad. Bien que ces lieux soient présentés comme des lieux de vie et de résidence des personnes, qui sont ainsi considérées « chez elles », il s'agit de lieux collectifs, partagés, où l'accompagnement médico-social dicte ses règles. Ainsi, l'histoire entre elle et lui, impacte ce collectif à plusieurs niveaux. Elle peut tout d'abord toucher les autres résidents de l'Ehpad et leurs proches, en les déstabilisant ou en les choquant¹². Elle peut ensuite perturber les soignants dans leur métier lorsque laisser les personnes libres de leurs actes entraîne des risques ou des conséquences néfastes en termes de confort, de sécurité ou de meilleur intérêt médical. Dans des lieux qui réunissent autant de personnes, il

¹² Dans une autre situation, une résidente amie de la dame engagée dans une relation intime avec un résident, disait être privée de ses propres relations avec son amie depuis que celle-ci était accaparée par cet homme. Elle précisait aussi qu'elle voyait son amie plus instable et moins détendue depuis cette relation, voire parfois gênée lorsque l'homme l'entreprenait en public.

n'est pas étonnant non plus que les conceptions de la vie affective ou sexuelle soient nombreuses et différentes. Dans ce cas particulier, la question de la fidélité (de lui à son épouse) posait question et pouvait pousser à ce que les rencontres entre eux soient limitées ou empêchées, afin que l'épouse continue à venir le voir lui¹³. La situation peut aussi mettre à mal le fonctionnement de l'Ehpad, dans les conflits qu'elle provoque entre les uns et les autres, mais également en ce qu'elle engage la réputation du lieu. Mais ces éléments institutionnels, bien que très présents lors de discussions de ce type, et tout légitimes qu'ils soient, ne permettent pas non plus de dicter *a priori* une conduite à tenir. D'ailleurs, l'enjeu en éthique clinique est de peser leur poids par rapport à l'ensemble des éléments pour apprécier la décision médicale ultime, notamment au regard du respect dû aux choix privés des deux individus concernés.

LE DROIT N'ÉVACUE PAS LE DILEMME ÉTHIQUE

Enfin, on peut verser à ce chapitre tout le questionnement concernant les proches de ces deux héros, en l'occurrence son épouse à lui et ses enfants à elle. La première difficulté est de savoir s'il faut et à quel point les informer de la situation, quitte à trahir l'intimité des principaux intéressés. S'agissant de sexualité, le respect de la confidentialité paraît important, d'autant que les enfants sont mal placés pour discuter de la sexualité de leurs parents. Mais, dans notre situation, les enfants sont aussi les meilleurs représentants de cette femme, et ceux qui pourront au mieux défendre son « autonomie authentique ». Il semble qu'il soit incontournable de solliciter l'épouse sur ce même registre, tout en prenant garde de différencier ce que l'on pèse en termes de bienfaisance et de « non-malfaisance » pour elle et pour son mari. En outre, le secret paraît bien fragile dans un tel contexte. Pourquoi retenir cette information alors que tout le monde est déjà au courant dans l'Ehpad ? Et comment justifier cela alors que l'on passe habituellement par les proches

¹³ Argument aussi porté au nom de la bienfaisance pour lui.

pour prendre toutes les décisions ? Comment ces proches prendraient-ils la chose, surtout si cela se fait dans la surprise ? Et des enjeux financiers peuvent avoir un poids sur les relations entre les proches, les soignants et la direction de l'établissement. Il ne faut pas oublier que ces Ehpad sont payants et que ce coût est assumé par les proches, directement si le résident ne le peut pas seul, ou indirectement sur leur héritage.

**IL FAUDRAIT PASSER DU
« EST-IL COMPÉTENT OU TROP
À RISQUE ? » À « COMMENT LUI
FACILITE-T-ON LES CHOSES ET
CHERCHONS-NOUS À LUI RENDRE
LA VIE PLUS BELLE ? »**

La vie affective et sexuelle, en particulier des personnes âgées, a été, et reste encore sûrement, un tabou, ou a souffert et souffre d'une mauvaise image au sein de la société. Mais les préoccupations des citoyens à propos de ce type de sujet évoluent, autour notamment de revendications liées aux violences faites aux femmes, à la pédophilie ou encore à l'accompagnement sexuel de personnes « vulnérables », etc.

Faut-il aller jusqu'à penser que la société au sens large devrait soutenir le respect de la sexualité en Ehpad et de son extériorisation, en tant que nouveau mouvement d'émancipation des individus et de lutte pour plus de droits ? C'est ce que pensent des Australiens travaillant au ACEBAC (Australian Centre for Evidence Based Aged Care) de Bundoora et c'est ce qu'ils revendiquent dans un brillant article sur le sujet¹⁴. Il faudrait selon eux partir du principe que les personnes sont compétentes et libres de leurs choix, sans qu'elles n'aient à le prouver, et que les professionnels aient la charge de démontrer l'inverse s'ils s'inquiètent d'une relation entre deux résidents présentant des troubles cognitifs.

¹⁴ Laura Tarzia, Deirdre Fetherstonhaugh, Michael Bauer (2012), « Dementia, sexuality and consent in residential aged care facilities », *J Med Ethics*, 38(10), 609-613.

Il faudrait passer du « est-il compétent ou trop à risque ? » à « comment lui facilite-t-on les choses et cherchons-nous à lui rendre la vie plus belle ? ». Ils préconisent entre autres de promouvoir l'éducation sexuelle en Ehpad : informer sur les infections sexuellement transmissibles, fournir des préservatifs, prévenir les chutes et les douleurs et aider au positionnement (sexuel) des acteurs concernés.

Et c'est pourquoi on peut être surpris que des situations de ce type soient parfois tellement conflictuelles entre les différents protagonistes : professionnels, proches et résidents. À la question posée en début d'article « faut-il empêcher, laisser faire ou favoriser ? », l'expérience en éthique clinique peut pousser vers deux propositions. D'une part, il ne faut pas nier que ces questions se posent de manière particulière car elles concernent des personnes vivant en collectivité. Le regard inquisiteur d'une institution sur la sexualité de personnes dites fragiles fait émerger des suspicions sur les comportements sexuels, alors même que la vie sexuelle a besoin de pénombre pour exister. C'est pourquoi on peut s'attendre à ce que chaque institution se dote d'outils pour anticiper et accompagner la vie affective et sexuelle de leurs résidents, comme le propose par exemple l'association Greypride avec son label¹⁵ aux Ehpad promouvant « la prise en compte de la sexualité, l'orientation sexuelle, l'identité de genre et l'accueil des personnes séropositives » dans ces structures. Mais d'autre part, il ne faut pas nier que ces situations peuvent légitimement poser question sur le plan éthique, que ce soit pour des professionnels ou des proches.

La mise en place de formations, de chartes ou de procédures ne doit pas évacuer le questionnement éthique au cas par cas, sans partir de positions de principe, et en acceptant l'idée que la prise en considération de la sexualité comme un champ des possibles a de toute façon le mérite de redonner de l'intégrité et de l'altérité pour accompagner des personnes que l'on a tendance à standardiser et à réduire à des objets de soins. ■

¹⁵ <https://www.greypride.fr/page/634146-greypride-bienvenue>



Le 31 mai est la Journée mondiale sans tabac. Instituée par l'Organisation mondiale de la santé, la démarche vise à encourager le plus grand nombre à arrêter de fumer. L'occasion d'interroger la présence de la cigarette dans les Ehpad. Entre préservation de la santé publique et respect de la liberté des résidents, où placer le curseur ?

Premier constat, le décret n°2006-1386 du 15 novembre 2006, qui fixe les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif, ne s'applique pas à une chambre d'Ehpad considérée comme le domicile du résident.

Le Directeur de l'établissement peut toutefois édicter une interdiction de fumer dans le règlement intérieur pour des motifs de sécurité – prévenir un incendie - ou de santé au motif de protéger le personnel du tabagisme passif par exemple. Il pourra s'appuyer sur la circulaire du 15 mai 2007 qui oblige les établissements médico-sociaux accueillant des personnes âgées à se doter d'équipements de protection contre l'incendie.

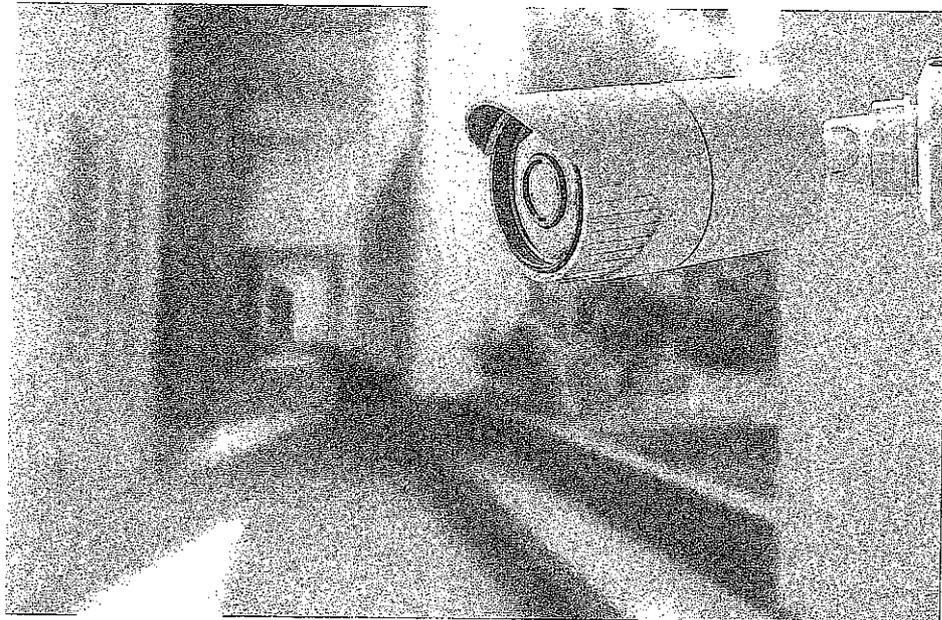
Chaque Direction d'établissement peut donc faire valoir le fait que fumer dans une chambre – et plus encore au lit – est un facteur de risque majeur. Pour concilier l'impératif de sécurité et la liberté des résidents, nombre de Directions d'établissements ont opté pour la création de zones fumeurs extérieures.

QUE DIT LA JURISPRUDENCE ?

Un arrêt de la Cour de cassation de mai 2019 est particulièrement intéressant. Un incendie s'était déclaré dans les locaux d'un Ehpad à la suite d'un cigare mal éteint dans la chambre de l'un de ses résidents, décédé dans le sinistre. L'assureur de l'établissement avait assigné la compagnie du défunt pour obtenir le remboursement des sommes versées. La cour d'appel d'Angers avait rejeté cette requête et retenu la responsabilité de l'établissement au motif que les professionnels savaient que le résident fumait dans son lit et lui achetaient même cigares et briquets. Mais la cour de cassation a annulé cette décision au motif que le résident avait commis une « faute d'imprudence ayant concouru au dommage ». Les juges ne devaient donc pas retenir la seule responsabilité de l'Ehpad.

Cour de cassation, chambre civile 2, 23 mai 2019, n° 18-17369

Quelle place pour la vidéosurveillance en Ehpad?



Crédit: Fotolia/photographicss

Outil utile pour assurer la sécurité des locaux et des résidents, la vidéosurveillance constitue aussi une pratique qui peut être considérée comme intrusive et porter atteinte à la vie privée. Voici les règles à considérer pour la mise en place d'outils vidéo en toute légalité.

La vidéosurveillance des activités des salariés: un régime établi de longue date

La vidéosurveillance sur le lieu de travail suppose de tenir compte des règles applicables en matière de droit du travail et de protection des données personnelles.

◦ Pour quelles finalités la vidéosurveillance des salariés est-elle autorisée?

La vidéosurveillance peut être organisée pour assurer la sécurité des locaux où travaillent les employés, et être placée, par exemple, sur les lieux d'entrée ou sortie des bâtiments, ou bien dans des zones qui comprennent des biens de valeur.

Elle ne doit toutefois pas amener à une surveillance permanente et systématique des activités des salariés, et en particulier ne doit pas porter:

- sur le poste de travail des salariés, sauf si cela est requis par une activité particulière (par exemple du maniement de fonds)
- sur les salles de pause, les vestiaires ou les toilettes
- sur les locaux syndicaux.

◦ Combien de temps peuvent être gardées les images de vidéosurveillance?

Il n'y a pas de durée obligatoire, chaque établissement pourra ainsi déterminer la durée applicable, sous réserve que cette dernière soit proportionnée à l'objectif poursuivi. Selon les préconisations de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil), cette durée ne devrait pas excéder un mois.

◦ Est-il nécessaire d'informer les personnes et si oui, comment?

Oui, il est obligatoire d'informer les salariés, comme les visiteurs, que l'établissement fait l'objet d'une vidéosurveillance.

Cette information peut se faire de la manière suivante:

-un premier niveau d'information doit être fournie via un panneau mentionnant l'existence d'une vidéosurveillance et les informations principales sur le traitement de données (identité du responsable, finalité du traitement, droits des personnes)

-un second niveau d'information doit prévoir le reste des informations requises par la réglementation en matière de protection des données (notamment base légale, destinataires des données, durée de conservation etc.)

◦ **Quelles formalités légales s'appliquent à cette surveillance?**

Dans la mesure où la vidéosurveillance pourrait impliquer la surveillance systématique de personnes vulnérables (salariés, résidents), il conviendra d'évaluer si la réalisation d'une analyse d'impact est requise.

La mise en place d'un système de vidéosurveillance supposera d'informer au préalable les instances représentatives du personnel.

Enfin, si la vidéosurveillance porte sur la voie publique ou des lieux ouverts au public, il conviendra de déposer une demande d'autorisation préalable auprès du préfet.

◦ **Quelles sanctions?**

En cas de non-conformité du système de vidéosurveillance, l'établissement pourra s'exposer à des sanctions:

-Pénales: pouvant aller jusqu'à 5 ans d'emprisonnement et 300.000 € d'amende (Article 226-18 du code pénal)

-Administratives: pouvant aller jusqu'à 2 millions d'euros ou 4% du chiffre d'affaires annuel.

La vidéosurveillance des résidents: un régime en construction

La Cnil s'est très récemment penchée sur le sujet de la vidéosurveillance en Ehpad lorsqu'elle est placée dans la chambre des résidents.

Elle a publié un projet de recommandation le 9 février 2023 afin d'encadrer cette pratique.

◦ **Pour quelles finalités la vidéosurveillance est autorisée ou interdite dans la chambre des résidents?**

La Cnil considère que par principe la vidéosurveillance dans la chambre d'un résident n'apparaît pas comme une mesure nécessaire et proportionnée pour les finalités ci-dessous:

-Assurer de manière générale la sécurité des personnes concernées

-Améliorer la qualité de service offert aux résidents.

D'autres mesures moins intrusives doivent donc être mises en place par les établissements pour atteindre ces finalités.

La Cnil admet toutefois que de manière exceptionnelle, en particulier en cas de "suspicion de formes de maltraitance à l'encontre d'une personne hébergées, basée sur un faisceau d'indices concordants", la vidéosurveillance dans la chambre des résidents est permise et ceci sous réserve de conditions strictes décrites ci-dessous.

◦ **Quelles précautions à mettre en œuvre dans le cadre des finalités autorisées?**

La Cnil prévoit que la mise en place d'une vidéosurveillance dans la chambre du résident devrait respecter les conditions suivantes:

-Restriction dans le temps (durée limitée) et dans l'espace (lieux d'intimité exclus du champ de la vidéo)

-Désactivation en cas de visite des proches

-Mise en place d'une procédure interne à l'établissement qui devra prévoir:

*le cadre applicable à la mise en place du dispositif, et notamment les modalités dans lesquelles il peut être demandé par les proches

*une sensibilisation du personnel à l'utilisation du dispositif de vidéosurveillance.

-Collecte d'un consentement de la part du résident ou de ses représentants légaux (si le dispositif est demandé par le résident ou ses proches); ou offrir au résident la possibilité de refuser la vidéosurveillance (si le dispositif est mise en place par l'établissement, et sous réserve de capacités de discernement suffisantes du résident)

-Mise en conformité du dispositif à la réglementation en matière des données personnelles, et notamment par la fourniture d'une information appropriée sur ce dispositif (par exemple,

dans le contrat de séjour).

◦ **Quelles suites seront données au projet de recommandation?**

38

Le projet de recommandation est soumis à consultation publique jusqu'au 20 mars 2023 - les organismes hébergeant des personnes âgées dépendantes et les particuliers (comme les familles des résidents) sont invités à formuler leurs observations en utilisant [le questionnaire](#) mis en ligne par la Cnil.

A l'issue de cette consultation, la commission publiera une version finale qui fera partie du corpus de textes de référence utilisés par l'autorité en cas de contrôle.

Chapitre 1 : La personne

Thématiques	Objectifs	Critères
<p>Bienveillance et éthique</p> <p>Droits de la personne accompagnée</p>	<p>1.1 - La personne accompagnée s'exprime sur la bienveillance.</p> <p>1.2 - La personne accompagnée est informée de ses droits de façon claire et adaptée. Sa compréhension est recherchée et favorisée.</p>	<p>1.1.1 - La personne accompagnée exprime sa perception de la bienveillance.</p> <p>1.2.1 - La personne accompagnée et son entourage sont informés du rôle des professionnels et autres intervenants et peuvent les identifier.</p> <p>1.2.2 - La personne accompagnée est informée de ses droits et devoirs dans le cadre de la vie collective ou du fonctionnement du service.</p> <p>1.2.3 - La personne accompagnée est systématiquement informée de la possibilité de désigner une personne de confiance pour l'accompagner et l'assister dans ses démarches.</p> <p>1.2.4 - La personne a accès aux informations relatives à son accompagnement.</p> <p>1.2.5 - La personne peut s'adresser aux professionnels qui l'accompagnent pour être orientée, accompagnée et soutenue dans l'exercice de ses droits individuels.</p> <p>1.2.6 - Les professionnels informent la personne accompagnée de ses droits et de leurs modalités d'exercice, ou l'orientent vers le bon interlocuteur.</p> <p>1.2.7 - Les professionnels sont régulièrement sensibilisés et/ou formés à la connaissance des droits de la personne accompagnée.</p>
	<p>1.3 - La personne accompagnée est associée à la révision des règles de vie collective ou des modalités de fonctionnement du service.</p> <p>1.4 - La personne accompagnée bénéficie d'un cadre de vie ou d'accompagnement adapté et respectueux de ses droits fondamentaux.</p>	<p>1.3.1 - La personne accompagnée est associée à la révision des règles de vie collective ou des modalités de fonctionnement du service et des outils favorisant leur compréhension.</p> <p>1.3.2 - Les professionnels coconstruisent les règles de vie collective ou les modalités de fonctionnement du service dans le respect des droits et libertés de la personne accompagnée.</p> <p>1.4.1 - La personne est assurée que les choix qu'elle exprime sur son cadre de vie ou d'accompagnement sont pris en compte.</p> <p>1.4.2 - La personne accompagnée bénéficie d'un espace de vie privé, adapté et respectueux de ses droits fondamentaux, qu'elle est encouragée à personnaliser.</p>



Thématiques

Objectifs

Critères

Expression et participation de la personne accompagnée

1.5 - La personne accompagnée est actrice des instances collectives ou de toutes autres formes de participation. Sa participation effective est favorisée.

1.5.1 - La personne accompagnée participe aux instances collectives ou à toutes autres formes de participation.

1.5.2 - La personne accompagnée est informée de la suite donnée aux demandes formulées dans le cadre des instances collectives ou à toutes autres formes de participation.

1.5.3 - Les professionnels facilitent l'accès à la traçabilité des échanges et réponses apportées dans le cadre des instances collectives ou à toutes autres formes de participation.

1.6 - L'expression de la personne est recueillie tout au long de son accompagnement.

1.6.1 - La personne accompagnée est soutenue dans son expression. Le partage de son expérience est favorisé et l'expression de ses préférences prise en compte.

1.6.2 - Les professionnels facilitent l'expression de la personne accompagnée grâce à l'utilisation de moyens et outils adaptés.

1.6.3 - Les professionnels analysent le recueil de l'expression de la personne accompagnée et en tirent les enseignements.

1.7 - La personne accompagnée exprime son choix de manière éclairée.

1.7.1 - La personne accompagnée a la possibilité d'exprimer son consentement éclairé, grâce à une information claire et des moyens adaptés.

1.7.2 - Les professionnels recherchent l'adhésion de la personne accompagnée, grâce à une information claire et des moyens adaptés.

1.7.3 - Les professionnels réinterrogent le refus de la personne tout au long de son accompagnement et recherchent des alternatives avec elle.

1.7.4 - Les professionnels assurent la traçabilité du consentement ou du refus exprimé par la personne accompagnée.

1.8 - La personne accompagnée participe à la vie sociale.

1.8.1 - La personne accompagnée a la possibilité de maintenir ses liens sociaux et d'en créer de nouveaux, dans et hors l'établissement ou le service.

1.8.2 - La personne peut s'investir dans la vie sociale et culturelle et participer à des événements sur le territoire grâce à un accompagnement adapté.

	<p>1.8.3 - Les professionnels informent la personne accompagnée sur l'offre d'activités sportives, socioculturelles et de loisirs, recueillent ses attentes et respectent ses choix de participation.</p> <p>1.8.4 - Les professionnels identifient et mobilisent les ressources et moyens nécessaires à la mise en place d'activités sportives, socioculturelles et de loisirs.</p> <p>1.8.5 - Les professionnels encouragent le recours à la pair-aidance et autres dispositifs facilitant l'entraide entre les personnes accompagnées.</p>
1.9 - La personne accompagnée exerce sa citoyenneté et/ou bénéficie d'une éducation à la citoyenneté.	<p>1.9.1 - La personne est accompagnée selon ses besoins et ses souhaits dans sa participation à la vie citoyenne.</p> <p>1.9.2 - Les professionnels utilisent des moyens et des outils adaptés permettant à la personne accompagnée d'exercer sa citoyenneté ou de bénéficier d'une éducation à la citoyenneté.</p>
Coconstruction et personnalisation du projet d'accompagnement	<p>1.10 - La personne est actrice de la personnalisation de son projet d'accompagnement.</p> <p>1.10.1 - La personne exprime ses attentes sur son projet d'accompagnement.</p> <p>1.10.2 - La personne avec son entourage et les professionnels en équipe coconstruisent le projet d'accompagnement.</p> <p>1.10.3 - Les professionnels évaluent les besoins de la personne pour construire son projet d'accompagnement en utilisant des outils d'évaluations validés.</p> <p>1.10.4 - Les professionnels coconstruisent avec la personne et son entourage son projet d'accompagnement.</p> <p>1.10.5 - Les professionnels mobilisent les ressources internes et/ou externes et les outils pour mettre en œuvre le projet d'accompagnement de la personne.</p> <p>1.10.6 - Les professionnels assurent la traçabilité et réévaluent le projet d'accompagnement avec la personne, chaque fois que nécessaire, et au moins une fois par an.</p> <p>1.11 - L'entourage est associé dans l'accompagnement de la personne.</p> <p>1.11.1 - La personne définit avec les professionnels la place de son entourage dans son accompagnement.</p> <p>1.11.2 - Les professionnels informent, orientent et/ou accompagnent l'entourage vers les dispositifs de prévention, de soutien et de répit existants.</p>

Thématiques	Objectifs	Critères
Accompagnement à l'autonomie	<p>1.12 - La personne bénéficie d'un accompagnement favorisant son autonomie.</p>	<p>1.12.1 - La personne accompagnée exprime régulièrement ses attentes sur les mesures d'aide et de soutien souhaitées pour favoriser ou préserver son autonomie.</p> <p>1.12.2 - Les professionnels évaluent régulièrement les besoins de la personne accompagnée pour favoriser ou préserver son autonomie.</p> <p>1.12.3 - Les professionnels repèrent de manière précoce les risques de perte d'autonomie et d'isolement social de la personne accompagnée et alertent les personnes-ressources.</p>
	<p>1.13 - La personne est accompagnée pour accéder ou se maintenir dans son logement ou son hébergement.</p>	<p>1.13.1 - La personne accompagnée a la possibilité d'exprimer ses attentes en matière de logement ou d'hébergement.</p> <p>1.13.2 - La personne est accompagnée dans ses démarches pour accéder ou se maintenir dans son logement ou hébergement.</p> <p>1.13.3 - Les professionnels accompagnent la personne dans sa recherche de logement ou d'hébergement adapté à ses besoins et attentes.</p>
Accompagnement à la santé	<p>1.14 - La personne bénéficie d'un accompagnement en matière de prévention et d'éducation à la santé.</p>	<p>1.14.1 - La personne accompagnée participe à la définition de ses besoins en matière de prévention et d'éducation à la santé.</p> <p>1.14.2 - Les professionnels évaluent les besoins de la personne accompagnée en matière de prévention et d'éducation à la santé.</p> <p>1.14.3 - Les professionnels orientent vers et/ou mettent en œuvre un programme de prévention et d'éducation à la santé adapté à la personne accompagnée.</p> <p>1.14.4 - Les professionnels facilitent la compréhension des messages de prévention et d'éducation à la santé de la personne accompagnée.</p> <p>1.14.5 - Les professionnels organisent l'accompagnement et/ou accompagnent la personne lors des dépistages et des soins de prévention.</p> <p>1.14.6 - Les professionnels sont régulièrement sensibilisés et/ou formés à la prévention et à l'éducation à la santé.</p>

Chapitre 2 : Les professionnels

Thématiques	Objectifs	Critères
Bienveillance et éthique	2.1 - Les professionnels contribuent aux questionnements éthiques.	<p>2.1.1 - Les professionnels identifient en équipe les questionnements éthiques propres à la personne accompagnée.</p> <p>2.1.2 - Les professionnels associent la personne et son entourage, aux questionnements éthiques, liés à son accompagnement.</p> <p>2.1.3 - Les professionnels sont régulièrement sensibilisés et/ou formés au questionnement éthique.</p> <p>2.1.4 - L'ESSMS organise le questionnement éthique en associant l'ensemble des acteurs (personne accompagnée, professionnels, partenaires) et participe à des instances de réflexion éthique sur le territoire.</p>
Droits de la personne accompagnée	2.2 - Les professionnels favorisent l'exercice des droits fondamentaux et des libertés individuelles de la personne accompagnée.	<p>2.2.1 - Les professionnels soutiennent la liberté d'aller et venir de la personne accompagnée.</p> <p>2.2.2 - Les professionnels respectent la dignité et l'intégrité de la personne accompagnée.</p> <p>2.2.3 - Les professionnels respectent la vie privée et l'intimité de la personne accompagnée.</p> <p>2.2.4 - Les professionnels respectent la liberté d'opinion, les croyances et la vie spirituelle de la personne accompagnée.</p> <p>2.2.5 - Les professionnels respectent le droit à l'image de la personne accompagnée.</p> <p>2.2.6 - L'ESSMS favorise l'exercice des droits et libertés de la personne accompagnée.</p> <p>2.2.7 - L'ESSMS garantit la confidentialité et la protection des informations et données relatives à la personne accompagnée.</p>

Thématiques	Objectifs	Critères
Expression et participation de la personne accompagnée	<p>2.3 - Les professionnels favorisent la participation sociale de la personne accompagnée.</p>	<p>2.3.1 - Les professionnels favorisent la préservation et le développement des relations sociales et affectives de la personne accompagnée.</p> <p>2.3.2 - Les professionnels soutiennent et/ou orientent la personne accompagnée pour accéder aux services et dispositifs de droit commun.</p>
Coconstruction et personnalisation du projet d'accompagnement	<p>2.4 - Les professionnels adaptent avec la personne son projet d'accompagnement au regard des risques auxquels elle est confrontée.</p>	<p>2.4.1 - Les professionnels adaptent le projet d'accompagnement aux risques de fugue ou de disparition auxquels la personne est confrontée.</p> <p>2.4.2 - Les professionnels adaptent le projet d'accompagnement aux risques liés aux addictions et conduites à risques auxquels la personne est confrontée.</p> <p>2.4.3 - Les professionnels adaptent le projet d'accompagnement aux risques liés aux chutes auxquels la personne est confrontée.</p> <p>2.4.4 - Les professionnels adaptent le projet d'accompagnement aux risques de dénutrition, malnutrition et/ou des troubles de la déglutition auxquels la personne est confrontée.</p> <p>2.4.5 - Les professionnels adaptent le projet d'accompagnement aux risques liés à la sexualité auxquels la personne est confrontée.</p> <p>2.4.6 - Les professionnels adaptent le projet d'accompagnement aux risques de harcèlement ou d'abus de faiblesse auxquels la personne est confrontée.</p> <p>2.4.7 - Les professionnels adaptent le projet d'accompagnement aux risques de radicalisation et/ou de prosélytisme auxquels la personne est confrontée.</p>
Accompagnement à l'autonomie	<p>2.5 - Les professionnels adaptent le projet d'accompagnement pour favoriser l'autonomie de la personne.</p>	<p>2.5.1 - Les professionnels soutiennent et accompagnent la personne dans le suivi de son parcours scolaire, en étroite collaboration avec les établissements scolaires.</p> <p>2.5.2 - Les professionnels soutiennent et accompagnent la personne dans le suivi de son parcours professionnel en lien avec les partenaires.</p> <p>2.5.3 - Les professionnels soutiennent et accompagnent la personne dans le développement de ses compétences, la stimulation, le maintien et la valorisation de ses acquis/acquisitions (capacités, compétences).</p>

Politique de santé

Députés et sénateurs parviennent à un accord autour de la proposition de loi Bien vieillir

Publié le 12/03/24 - 21h54

La commission mixte paritaire autour de la proposition de loi Bien vieillir est conclusive, signale le Sénat. Le droit de visite en établissement est inscrit dans le texte ainsi qu'un assouplissement de la réforme des services autonomie.

Réunis en commission mixte paritaire ce 12 mars, députés et sénateurs sont parvenus à un accord autour de la proposition de loi Bien vieillir, indique le Sénat par communiqué. En matière de gouvernance et de pilotage, le texte de compromis *"confirme l'inscription territoriale du service public départemental de l'autonomie qui sera le lieu de la coordination et de la planification pluriannuelle des politiques de l'autonomie"*, précise la chambre haute. Sur X (anciennement Twitter), Fadila Khattabi, ministre déléguée chargée des Personnes âgées et des Personnes handicapées, a salué une *"première étape essentielle, qui doit en appeler d'autres"*.

Dans le champ du domicile, les parlementaires ont assoupli les conditions de la transformation des services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) en services autonomie mixtes. *"En particulier, un Ssiad pourra poursuivre son activité pendant une durée de cinq ans dans le cadre d'une convention ou d'un groupement à défaut de présenter une demande d'autorisation en service autonomie à domicile, et la date limite pour déposer cette demande d'autorisation est repoussée de six mois, au 31 décembre 2025."*

Du côté des établissements, le texte prévoit un droit inconditionnel de visite pour les personnes en fin de vie ou en soins palliatifs, même en cas de crise sanitaire. Le Sénat précise en outre qu'en matière de tarification de l'hébergement en Ehpad, la commission a opté pour une rédaction *"qui permettra aux établissements habilités à l'aide sociale de bénéficier d'une souplesse encadrée dans la fixation de leurs tarifs"*. Députés et sénateurs se sont par ailleurs prononcés en faveur de la création d'un droit pour les résidents d'Ehpad de voir leur animal domestique accueilli au sein des structures. Il est toutefois encadré *"afin de garantir la santé et la sécurité des résidents et du personnel, ainsi que le bien-être des animaux"*, explicite le communiqué. Concernant cette fois la protection juridique des majeurs, la commission mixte paritaire *"a adopté l'article portant création du registre national des mesures de protection attendu par tous les professionnels"*.

Ce texte de compromis doit désormais être approuvé par l'Assemblée nationale et le Sénat.

Pour l'accès des animaux domestiques aux maisons de retraite

QUESTION ÉCRITE

Question écrite n°05270 - 9^e législature

Les informations clés

Question de M. LARCHER Gérard (Yvelines - RPR) publiée le 22/06/1989

M. Gérard Larcher appelle l'attention de M. le ministre de la solidarité, de la santé et de la protection sociale sur les difficultés rencontrées par les personnes âgées attachées à un animal domestique et qui sont dans l'obligation de s'en séparer lorsqu'elles vont vivre en maison de retraite pour personnes âgées. Le déchirement moral et psychologique que cette séparation provoque chez de nombreux retraités ne peut laisser aucun de nous indifférents. Aussi, il lui demande quelles dispositions il compte prendre pour faciliter l'accès des animaux domestiques aux établissements et maisons de retraite publics ou privés.

Publiée dans le JO Sénat du 22/06/1989

Réponse du ministère : Personnes âgées publiée le 07/09/1989

Réponse. - Le problème, voire le traumatisme, que peut constituer pour une personne âgée la séparation d'avec son animal domestique n'a pas échappé à l'attention du Gouvernement dont le souci premier demeure le bien être physique mais aussi moral de cette catégorie de la population. Toutefois, ce facteur incontestable d'équilibre psychologique pour certaines personnes âgées peut aussi être source d'inconfort voire de gêne pour d'autres pensionnaires, soucieux avant tout de leur tranquillité. A cet égard, le ministère chargé des affaires sociales a, par lettre circulaire du 11 mars 1986 relative à la mise en place des conseils d'établissement, précisé que : " les personnes qui ont un animal familial doivent être autorisées à le garder avec elles, dans la mesure où il ne créera pas une contrainte anormale pour le personnel et où il ne gênera pas la tranquillité des autres résidents ". C'est dans le cadre du conseil d'établissement, prévu par le décret n° 85-1114 du 17 octobre 1985, que peuvent être débattues les mesures éventuelles d'admission d'un animal dans une maison d'accueil pour personnes âgées. En tout état de cause, en application de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975, modifiée, relative aux institutions sociales et médico-sociales, il appartient au conseil d'administration d'un établissement d'autoriser, s'il le juge utile, une adaptation de son règlement intérieur - après consultation éventuelle du conseil d'établissement - puis de la porter à la connaissance du président du conseil général. Il n'en demeure pas moins que l'évolution souhaitable des règlements intérieurs dans le sens d'une plus grande facilité d'admission des animaux familiaux, doit se faire dans le respect des règles d'hygiène et de sécurité qui s'imposent, au premier chef, aux établissements.

Publiée dans le JO Sénat du 07/09/1989 -



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Légifrance

Le service public de la diffusion du droit

Code de la santé publique

Article R1112-48

Version en vigueur depuis le 27 mai 2003

Partie législative (Articles L1110-1 à L6441-1)

Partie législative ancienne (Articles L818 à L850)

Partie réglementaire (Articles R1110-1 à R6441-2)

Première partie : Protection générale de la santé (Articles R1110-1 à R1563-1)

Livre Ier : Protection des personnes en matière de santé (Articles R1110-1 à D1181-1)

Titre Ier : Droits des personnes malades et des usagers du système de santé (Articles R1110-1 à D1114-42)

Chapitre préliminaire : Droits de la personne (Articles R1110-1 à R1110-16)

Chapitre Ier : Informations des usagers du système de santé et expression de leur volonté (Articles R1111-1 à R1111-64)

Chapitre II : Personnes accueillies dans les établissements de santé (Articles R1112-1 à R1112-94)

Section 1 : Informations des personnes accueillies. (Articles R1112-1 à R1112-9)

Section 2 : Dispositions particulières aux établissements publics de santé (Articles R1112-10 à R1112-78)

Sous-section 1 : Champ d'application. (Article R1112-10)

Sous-section 2 : Modalités d'admission dans l'établissement (Articles R1112-11 à R1112-39)

Sous-section 3 : Conditions de séjour. (Articles R1112-40 à R1112-55)

Sous-section 4 : Sortie des hospitalisés. (Articles R1112-56 à D1112-67-1)

Sous-section 5 : Décès des hospitalisés

Article R1112-48

Version en vigueur depuis le 27 mai 2003

Les visiteurs et les malades ne doivent introduire dans l'établissement ni boissons alcoolisées ni médicaments, sauf accord du médecin en ce qui concerne les médicaments.

Le cadre infirmier du service s'oppose, dans l'intérêt du malade, à la remise à celui-ci de denrées ou boissons même non alcoolisées qui ne sont pas compatibles avec le régime alimentaire prescrit.

Les denrées et boissons introduites en fraude sont restituées aux visiteurs ou à défaut détruites.

Les animaux domestiques, à l'exception des chiens-guides d'aveugles, ne peuvent être introduits dans l'enceinte de l'hôpital.

Le conseil de la vie sociale est une instance qui vise à associer les usagers au fonctionnement des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

3 février 2023



Le Conseil de la Vie Sociale a été défini par la loi du 2 mars 2002 dans l'objectif de permettre aux personnes accompagnées d'exprimer leurs besoins et attentes au sein d'une instance dédiée. Afin de conforter leur rôle, rénover leur composition et simplifier leur fonctionnement, un décret paru le 25 avril 2022 est désormais applicable depuis le 1er janvier 2023.

Quelles sont ses missions ?

Il rend des avis et peut faire des propositions sur **toute question intéressant le fonctionnement de l'établissement ou du service de santé social et médico-social**, notamment sur :

- **Les droits et libertés des personnes accompagnées**
- L'organisation intérieure et la vie quotidienne
- Les activités, l'animation socio-culturelle et les prestations proposées
- Les projets de travaux et d'équipement
- 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 les participants
- Les modifications substantielles touchant aux conditions de prises en charge
- Le projet d'établissement ou de service et notamment sur le volet portant sur la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance
- Le plan d'organisation des transports des personnes adultes handicapées bénéficiant d'un accueil de jour.

Le conseil est entendu lors de la procédure d'évaluation de la qualité de l'établissement ou du service, et informé des résultats et des mesures correctrices mobilisées le cas échéant.

Depuis le 1^{er} janvier 2023, le Conseil de la Vie Sociale doit élaborer un règlement intérieur où sera notamment indiqué la durée du mandat de ses membres. Auparavant, les membres étaient élus pour une durée minimum d'un an et de trois ans maximum, renouvelable.

Dans quels établissements doit-il être mis en place ?

Le conseil de la vie sociale est obligatoire lorsque l'établissement ou le service assure un hébergement ou un accueil de jour continu ou une activité d'aide par le travail.

Il n'est pas obligatoire lorsque l'établissement ou service accueille majoritairement

- Des mineurs de moins de onze ans
- Des mineurs faisant l'objet de mesures éducatives ordonnées par l'autorité judiciaire en application des dispositions législatives relatives à l'enfance délinquante ou à l'assistance éducative
- Des personnes relevant des lieux de vie et d'accueil qui ne constituent pas des établissements et services sociaux ou médico-sociaux

A noter :

Lorsque le conseil de la vie sociale n'est pas mis en place, il est institué un groupe d'expression ou toute autre forme de participation afin de permettre aux usagers de s'exprimer sur leur environnement.

Lorsque la personne publique ou privée gère plusieurs établissements ou services sociaux ou médico-sociaux, une instance commune de participation peut être instituée pour une même catégorie d'établissements ou services.

Qui participe au conseil de la vie sociale ?

Le conseil de la vie sociale comprend au moins :

- Deux représentants des personnes accompagnées
- Un représentant du personnel
- Un représentant de l'organisme gestionnaire

Dans le cadre où la nature de l'établissement ou du service le justifie, peuvent aussi participer au CVS :

- Un représentant de groupement des personnes accompagnées en lien avec le gestionnaire d'établissements ;
- Un représentant des familles ou des proches aidants des personnes accompagnées ;
- Un représentant des représentants légaux des personnes accompagnées ;
- Un représentant des mandataires judiciaires à la protection des majeurs ;
- Un représentant des bénévoles accompagnant les personnes s'ils interviennent dans l'établissement ou le service ;
- Le médecin coordonnateur de l'établissement ;
- Un représentant de l'équipe médico-soignante.

Cet élargissement vise à conforter la représentativité du conseil, tout en consacrant la place des personnes accompagnées et des familles en son sein qui doivent occuper plus de la moitié des sièges.

NOUVEAUTE : Peuvent également assister aux conseils, à leur demande, les élus du territoire, les autorités de contrôles, les personnes qualifiées, le représentant du défenseur des droits ou encore un représentant du conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie.

Qui peut représenter les personnes accueillies ou les familles ?

Sont éligibles :

- pour représenter les personnes accueillies : toute personne âgée de plus de onze ans
- pour représenter les familles ou les représentants légaux : tout parent, même allié, d'un bénéficiaire, jusqu'au quatrième degré, toute personne disposant de l'autorité parentale, tout représentant légal

Toutefois, lorsque le très jeune âge des bénéficiaires rend impossible leur participation directe, leurs sièges sont attribués aux représentants des familles ou aux représentants légaux.

Les représentants des familles sont des interlocuteurs privilégiés pour relayer l'information auprès de la direction. Leurs coordonnées sont disponibles à l'accueil ou dans le livret d'accueil de l'établissement.

Aller plus loin

Liens utiles

Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002

Article L.311-6 du code de l'action sociale et des familles

Décret n°2022-688 du 25 avril 2022 portant modification du conseil de la vie sociale et autres formes de participation (pdf, 153.46 Ko)

Mots clés

Droit des usagers

Représentation des usagers