

Francheville, le 16 février 2022

**MME BRIGITTE BOURGUIGNON**  
**MINISTRE DELEGUEE CHARGEE DE L'AUTONOMIE**

**CONCERTATION FEVRIER 2022**

**Siège Social**

Immeuble Catilina  
3 Chemin du Torey  
69340 Francheville  
Tel 04 72 32 30 93

Ligne directe Département  
Formation Géronfor  
Tel 04 72 32 30 90

**Agence Paris**

14 Rue Pierre Larousse  
75014 Paris  
Tel 01 55 76 68 93

Association Loi 1901  
N°siret 382 633 444 00064  
APE 9412 Z

Face à la tourmente médiatique dans laquelle se trouve le secteur des EHPAD, Madame la Ministre souhaite annoncer une série de mesures avant la fin février. Pour cela, elle a entrepris de concerter les organisations représentatives sur quelques thèmes précis : contrôle, transparence, évaluation et démocratie interne. La FNAQPA a été auditionnée le 8 février pour réagir et formuler des propositions.

La FNAQPA attire l'attention de Madame la Ministre sur le fait que des mesures conjoncturelles, prises dans un contexte de pression médiatique et politique, ne sauraient régler les enjeux structurels auxquels sont confrontés nos adhérents et sur lesquels la FNAQPA alerte depuis longtemps.

Cela fait des années que la FNAQPA défend l'idée d'une transformation structurelle de l'accompagnement de la longévité en France. La terrible crise sanitaire que nous avons traversée ou « l'affaire Orpée » se sont avérées de puissants révélateurs des défaillances systémiques de notre modèle d'accompagnement. Celui-ci, toujours hésitant entre approche domiciliaire et sanitaire, entre lieu de vie et lieu de soins, entre gestion du risque et liberté, finit par manquer totalement de repères et de vision. À force d'hésiter entre l'hôtel et l'hôpital, l'EHPAD a finalement perdu toute identité positive et affirmée, pour ne plus incarner que l'image d'un lieu d'enfermement et de fin de vie, où plus personne ne veut aller vivre ou travailler. Et le secteur de l'aide et des soins à domicile, englué dans les mêmes problématiques de moyens et d'attractivité, ne s'est pas révélé comme le supplétif attendu. Les mesures significatives prises pendant et en sortie de crise, notamment sur le plan social, n'ont visiblement pas inversé la tendance.

Il est désormais grand temps de revenir aux fondamentaux des établissements et services pour personnes âgées, et à leur mission, telle qu'elle est clairement exprimée dans le Code de l'Action Sociale et des Familles : celle d'accompagner le mieux possible des personnes en situation de fragilité, et de préserver leur autonomie. La FNAQPA a toujours associé à cette mission un objectif de QUALITE DE VIE, qui doit redevenir la finalité de l'action de nos structures. Cela passe d'abord par un regain d'attractivité auprès des personnes âgées elles-mêmes, dont l'attractivité des métiers découlera logiquement.

- **Sur les contrôles et la transparence**

La FNAQPA tient à préciser qu'elle a toujours été favorable aux contrôles des autorités sur les établissements et services, en faisant preuve de pédagogie à l'égard de ses adhérents sur l'intérêt et la nécessité de ces contrôles. Il convient toutefois de distinguer clairement les différentes formes de contrôles.

Les EHPAD sont des établissements déjà très contrôlés, ne serait-ce que sur le plan technique et fonctionnel, à travers des contrôles obligatoires : accessibilité, sécurité incendie, restauration, lingerie, hygiène, prix de journée... Ces contrôles sont effectués à intervalles réguliers par des bureaux d'études ou des services publics compétents.

Ensuite, la démagogie ambiante pousse à confondre allègrement contrôle de gestion et contrôle qualité. Il est impératif de bien distinguer la bonne utilisation de l'argent public, la manière de remplir la mission confiée à travers l'autorisation de fonctionnement et la qualité des prestations.

Pour le contrôle financier, les ARS et les départements disposent d'outils importants, tels que les EPRD/ERRD et les CPOM, dont l'approche reste globalement budgétaire. Sur l'exemple des remises de fin d'année (RFA) mises en exergue dans le cadre de l'affaire Orpéa, nous ne sommes pas certains que les contrôles des autorités locales aient pu déceler de telles pratiques (sauf probablement dans des établissements habilités à l'aide sociale) qui, si elles sont avérées, s'apparentent à un détournement de fonds publics inacceptable. C'est pourquoi la FNAQPA considère que le contrôle financier des EHPAD doit être opéré via l'Inspection Générale des Finances (IGF) et les Chambres Régionales des Comptes. Lorsque ces contrôles ont pu avoir lieu chez certains de nos adhérents, ils se sont avérés pertinents et ont souvent mis en évidence certaines difficultés structurelles du secteur. En revanche, lorsque ces contrôles font apparaître de graves dysfonctionnements, ou une utilisation détournée des

fonds publics, ils doivent conduire à de lourdes sanctions. Or, **l'une des principales sanctions dans le cadre du CASF est le retrait d'autorisation**, plus efficace et réaliste que la fermeture de l'établissement, qui impacterait sensiblement les résidents.

Les ARS et les départements sont en revanche parfaitement compétents pour contrôler la mission des EHPAD. Pour rappel, les EHPAD se voient confier sur leur territoire par les autorités planificatrices, à travers une autorisation de fonctionnement conjointe, une mission d'intérêt général auprès de personnes en situation de fragilité, et des moyens au service de cette mission. Sur ce plan, la question de l'adéquation des moyens aux objectifs assignés reste posée de manière structurelle et appelle une véritable remise à plat globale. Pour le bon accomplissement de cette mission, le CASF définit un certain nombre d'outils qui doivent être mis en œuvre, dont certains au service de la transparence de l'information auprès des personnes âgées : projet d'établissement, projet de vie, projet de soins, projet personnalisé, livret d'accueil, contrat de séjour... Dans le cadre d'un dialogue de gestion censé être permanent entre les autorités et l'établissement, notamment au titre du CPOM, les autorités disposent des outils nécessaires au contrôle de la pertinence de ces outils et de la manière dont un établissement remplit la mission qui lui est confiée. Ce contrôle peut être utilement complété par des inspections ciblées de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), le cas échéant conjoint avec l'IGF pour avoir une approche globale sur les missions et les moyens.

L'évaluation de la qualité des prestations servies par les établissements et services fait l'objet d'un dispositif spécifique qui souffre aujourd'hui d'un véritable flou juridique et d'un manque de visibilité absolue. Nous y reviendrons un peu plus loin, mais il est à noter que les autorités locales ne se sont jamais emparées de ce processus évaluatif (par manque de temps ou par manque de compétences ?) qui, depuis les conventions tripartites des années 2000, est totalement déconnecté de la contractualisation entre les autorités et les établissements.

**Proposition n°1** : recentrer les autorités locales sur le contrôle de la mission des EHPAD et des outils dédiés, à travers un dialogue de gestion plus régulier.

**Proposition n°2** : augmenter les contrôles conjoints IGAS-IGF et les contrôles des Chambres Régionales des Comptes afin de vérifier l'adéquation des moyens aux missions des EHPAD et le bon usage de l'argent public.

**Proposition n°3** : sanctionner les graves dysfonctionnements avérés par un retrait de l'autorisation de fonctionnement en transférant celle-ci à un autre

organisme gestionnaire (public, associatif ou commercial) afin de protéger les résidents.

**Proposition n°4** : clarifier auprès du grand public la distinction entre contrôle financier et évaluation qualité.

- **Sur l'évaluation de la qualité**

Le processus évaluatif tel qu'il est défini au CASF ne s'apparente en aucun cas à un contrôle. En revanche, il est porteur d'un dispositif de sanction (non-renouvellement de l'autorisation) qui n'a pas été remis en cause pour l'instant, mais il n'est aucunement lié aux moyens disponibles pour remplir la mission et à la contractualisation.

Pour expliquer sa position et ses propositions à ce sujet, la FNAQPA doit faire le lien avec l'historique de la démarche et de sa propre démarche qualité, inscrite dans l'ADN (et l'acronyme) de la fédération.

Bien avant la réforme des EHPAD de 1999-2001 et la réforme du CASF de 2002, la FNAQPA avait initié, en partenariat avec le SYNERPA, la première démarche qualité structurée autour d'un référentiel de certification de services, Qualipass. Cet outil pragmatique, et tourné vers la qualité des prestations servies au résident, a servi de support aux démarches qualité de nos adhérents et au processus d'amélioration continue de l'évaluation interne, irrigué par les recommandations de bonnes pratiques. Ce dispositif d'évaluation interne était complété par celui peu convaincant de l'évaluation externe, assurée par des organismes extérieurs pas toujours compétents et agréés « a priori » par l'ANESM. En théorie, l'évaluation externe était censée mesurer la pertinence des réponses apportées par les structures sur leur territoire et leur adaptation aux besoins dudit territoire, en cohérence avec les outils du CASF, notamment le projet d'établissement. Sauf que c'est l'évaluation externe qui, dans le dispositif législatif et réglementaire, servait d'unique base au renouvellement, ou non, des autorisations de fonctionnement. Pendant plusieurs années, l'État nous a pressés de renoncer à notre référentiel, au motif que le processus évaluatif de la loi de 2002 et de ses décrets d'application ne pouvait en aucun cas être incarné par un référentiel. Nous avons ainsi abandonné notre propre référentiel au début des années 2010. Puis récemment l'État, sans que l'on comprenne la cohérence de cette décision, a choisi de confier le processus évaluatif à l'HAS, en supprimant du même coup la dimension amélioration continue de l'évaluation interne, au profit de la seule évaluation externe, qui serait désormais basée sur...

un référentiel ! **Comment voulez-vous que nos adhérents y comprennent quelque chose quand l'État lui-même manque à ce point de cohérence et de vision sur cette question de la qualité ?!**

Il est important de préciser que, dans l'intervalle, l'État s'était doté d'un nouvel outil de recomposition de l'offre dans les territoires avec les CPOM, ces derniers étant toutefois totalement dénués d'Objectifs de qualité, avec des Moyens normés au niveau national sans lien non plus avec la qualité des prestations servies ou attendues.

Pire, l'État a à ce jour laissé le processus évaluatif dans une contradiction juridique totale. Le processus évaluatif n'a pas été modifié dans la loi, qui dispose toujours que le résultat de l'évaluation externe subordonne le renouvellement de l'autorisation.

S'agissant du référentiel HAS, si nous avons des craintes « a priori » qu'il se détache du processus évaluatif médicosocial et de ses spécificités au profit d'une approche plus « sanitaire », nous reconnaissons qu'il n'en est rien et que le référentiel dans sa dernière version est d'assez bonne qualité. Nous contestons cependant qu'il ait été concerté avec l'ensemble des parties prenantes, le comité de concertation médicosocial de la HAS n'étant qu'une chambre d'enregistrement a posteriori. De même, ce référentiel est censé être largement expérimenté au cours du 1<sup>er</sup> semestre 2022. Or nous attirons votre attention sur le fait que l'expérimentation est prévue en tout et pour tout sur un seul EHPAD, dont l'organisme gestionnaire est... le groupe Orpéa !

Il est grand temps que l'Etat clarifie sa vision et sa doctrine de l'évaluation de la qualité dans les ESMS, avant d'envisager une communication grand public sur ce dispositif et sur ses objectifs, communication qui, à défaut de doctrine claire, ne pourra que s'apparenter à de la démagogie. Le secteur n'a pas besoin de ça en ce moment.

A ce stade, la FNAQPA reste réservée sur la communication d'un « scoring » issu du référentiel et sur sa communication au grand public, sortie de son contexte et d'une vision globale du dispositif.

**Proposition n°5 :** pallier le vide juridique existant et clarifier le dispositif évaluatif et ses objectifs.

**Proposition n°6 :** élargir l'expérimentation du référentiel HAS à un nombre plus significatif et diversifié d'établissements.

**Proposition n° 7** : supprimer le lien entre renouvellement de l'autorisation et résultat de l'évaluation externe.

**Proposition n°8** : rétablir un lien entre l'évaluation de la qualité et les moyens afférents dans le cadre du CPOM (Contrat Pluriannuel d'OBJECTIFS et de MOYENS).

**Proposition n°9** : travailler en concertation avec les professionnels sur la communication grand public autour de l'efficience des établissements (rapport efficacité / coûts).

- **Sur l'attractivité des EHPAD**

Si la réforme de la tarification des années 2000 a permis de réelles avancées dans les établissements, notamment en termes de médicalisation et de professionnalisation, elle s'est accompagnée d'une charge de travail toujours plus lourde pour les professionnels, en plus d'exigences accrues de la part des pouvoirs publics comme des résidents et de leurs familles. Paradoxalement, cette professionnalisation n'a pas permis une amélioration de l'image des EHPAD, bien au contraire. La course perpétuelle au GMP/PMP, qui est l'unique voie vers l'augmentation des ratios soignants, a au contraire dégradé fortement l'attractivité des établissements, d'abord aux yeux de leurs futurs clients. Négation de la dimension préventive, elle a également fait oublier un aspect fondamental de la mission des EHPAD : la préservation de l'autonomie. Or éviter à une personne classée en GIR 3, 4, 5 ou 6 de basculer vers le GIR 1 ou 2 est nettement plus chronophage et demande un accompagnement humain, y compris soignant, de grande qualité. Depuis 20 ans, les pouvoirs publics n'ont eu de cesse de nier cette dimension en encourageant financièrement l'inverse, voire en pénalisant les établissements pourtant vertueux en la matière (baisse des dotations en cas de baisse des fameux indicateurs GMP/PMP). Mais aussi en excluant progressivement des EHPAD les personnes classées relativement autonomes au motif qu'elles n'y auraient pas leur place. À force de répéter à toute une frange de la population que ces établissements, qui pourtant s'efforcent de rester des lieux de vie, de sociabilité et de préservation des capacités, n'étaient pas faits pour eux, on a progressivement instauré l'idée dans la société que ces établissements n'étaient que des lieux de fin de vie qu'il fallait éviter à tout prix. Et arriver, in fine, à cette idée force répétée de toutes parts qu'il faut absolument développer des « alternatives à l'EHPAD ». D'ailleurs, si ces alternatives se sont autant développées ces dernières années (ce qui doit

nous alerter sur le devenir de ces structures et des personnes qui y vivent aujourd'hui), c'est justement parce qu'elles incarnent cette attractivité perdue des maisons de retraite, autour des attentes clés des personnes : **liberté et sécurité**. Et pendant que tout le monde s'échine à maintenir l'idée que les EHPAD sont avant tout des lieux de vie, ils sont devenus aux yeux des français des lieux de fin de vie et de privation de liberté, de dernier recours quand tout le reste a échoué ou est impossible. Et tout ça sans bénéficier pour autant ni de l'image de lieux de soins de qualité, ni des moyens dont disposent les établissements sanitaires.

Revenir à la mission de préservation de l'autonomie, c'est remettre l'EHPAD à sa place dans l'offre globale au service des personnes âgées, comme une **ALTERNATIVE AU DOMICILE** traditionnel, au même titre que l'habitat intermédiaire. C'est faire prendre aussi à l'EHPAD le fameux virage domiciliaire, en restructurant l'offre d'hébergement autour **d'établissements domiciliaires**, qui auront la particularité d'être également des lieux de soins, où les soins sont au service de la qualité de vie des habitants. Et il ne s'agit pas d'un simple débat sémantique, il s'agit d'une transformation profonde du modèle, basée sur les 4 fondamentaux de l'accompagnement domiciliaire : **l'habitat, l'accompagnement, le soin et la fonction présenteielle**, celle qui fait le lien social et le lieu de vie sociale.

Parce qu'après avoir passé 20 ans à répondre aux besoins médicotecniques des personnes âgées, il est grand temps de répondre à leurs attentes. Lorsque l'on interroge les résidents actuels et futurs, les familles, les professionnels ou les français, les réponses sont unanimes : le maintien du lien social et familial est toujours au cœur de ces attentes. À domicile comme en établissement, on sait que le vrai fléau n'est pas la perte d'autonomie, c'est la perte de citoyenneté et le risque d'isolement qui y sont associés. Si ces attentes peuvent varier individuellement, et nous obliger de fait à individualiser nos réponses, elles sont toujours tournées vers cet objectif de maintien des liens avec les proches et la société, vers l'inclusion familiale et sociale. La sécurité et la qualité des soins sont importants en ce qu'ils sont évoqués comme des moyens au service de cet objectif. Concilier liberté et sécurité est l'éternel dilemme auquel sont confrontés tous les établissements. Or l'inclusion et la qualité de vie doivent redevenir les objectifs à atteindre, la sécurité et la qualité des soins devant rester au rang des moyens au service de ces objectifs.

Des établissements domiciliaires, contribuant à l'offre globale alternative au domicile, en ayant la particularité d'être médicalisés, telle est la transformation à opérer pour répondre aux attentes et au défi de la longévité. Redonner aux

EHPAD un élan d'attractivité oblige à repenser le modèle des 20 dernières années autour de 3 valeurs fondamentales : **liberté, sécurité et fraternité**.

S'il s'agit d'un enjeu structurel au-delà de la sémantique, cette dernière porte en elle les stigmates du manque d'attractivité des EHPAD, dès l'apparition de ce terrible acronyme que la FNAQPA a toujours dénoncé. En effet, il n'y aura jamais rien d'attractif dans Établissement d'Hébergement (quand certains ne le transforment pas en Hospitalisation) pour Personnes Âgées Dépendantes !

Si, il y a déjà une dizaine d'années, la FNAQPA avait proposé de changer le nom des établissements, après un vaste concours d'idées auprès de ses adhérents, elle peut aujourd'hui entendre que l'acronyme EHPAD est désormais installé. Mais elle pense indispensable de revoir les termes qui le composent, et propose **Ensemble d'Habitations Pour l'Autonomie et la Dignité**.

**Proposition n°10** : recentrer les EHPAD sur leur mission de préservation de l'autonomie.

**Proposition n°11** : réinterroger le modèle des EHPAD au profit d'une majorité d'établissements domiciliaires, tant en termes d'architecture que d'organisation.

**Proposition n°12** : remettre à plat la tarification des EHPAD pour valoriser la qualité et la prévention.

**Proposition n°13** : changer l'acronyme EHPAD en Ensemble d'Habitations Pour l'Autonomie et la Dignité.

- **Sur l'attractivité des métiers**

La FNAQPA est convaincue que l'attractivité des métiers, pour les professionnels actuels et futurs, passe d'abord par l'attractivité des établissements pour leurs clients, comme vu précédemment.

Pour autant, de nombreuses actions doivent être menées de front pour redonner à nos métiers une réelle attractivité, dans un environnement devenu concurrentiel avec d'autres secteurs d'activités.

Les mesures salariales du Ségur de la santé sont une avancée significative et indéniable sur la question de la rémunération, tout comme l'avenant 43 de la BAD pour les services à domicile. Mais les salaires étaient tellement bas avant ces mesures que le Ségur n'épuisera probablement pas les attentes des professionnels en matière de pouvoir d'achat. La question du financement du



Séjour dans le secteur associatif reste également prégnante, et risque d'impacter fortement nos établissements dans la compétition de l'emploi.

On a surtout constaté que ces mesures salariales n'avaient pas eu l'impact escompté sur l'attractivité des métiers, avec des tensions RH qui restent particulièrement fortes dans l'ensemble du secteur et des territoires. C'est pourquoi il est impératif d'agir sur l'ensemble des éléments qui fondent la motivation des salariés, et dont la rémunération n'est qu'un élément, qui arrive souvent après les notions de sens du travail, conditions de travail / qualité de vie au travail, responsabilité et confiance.

Si le secteur de l'aide aux personnes âgées est censé cocher parfaitement la case du sens au travail, que manque-t-il aujourd'hui principalement aux professionnels, à la fois pour améliorer leurs conditions de travail et pour mettre en œuvre l'approche domiciliaire évoquée supra ? **DU TEMPS !** Du temps pour un accompagnement et des soins de qualité, du temps pour que la tâche intègre la fonction présenteielle et la relation sociale, du temps pour échanger et travailler de manière pluridisciplinaire, du temps pour se former et développer de nouvelles compétences. Ce temps, ce sont forcément des moyens supplémentaires. Mais il faut arrêter de réduire cette demande à celle des moyens financiers pour se concentrer sur les moyens humains, indispensables à un accompagnement de qualité : on ne finance pas des établissements (et encore moins leur organisme gestionnaire), mais une prestation en nature servie par ces établissements. Sur le plan financier, cette évolution significative des ratios de personnel passe par une refonte en profondeur du modèle économique et de la tarification des établissements.

Elle passe également par une diversification des compétences au sein des établissements : travailleurs sociaux, animateurs, psychologues, ergonomes, ergothérapeutes, référents technologies ou numérique en santé, référents partenariats et coopérations...

Dans tous les pays européens, les maisons de retraite placent le projet d'accompagnement sous la conduite de travailleurs sociaux (assistants de service social, conseillers en éducation familiale et sociale, éducateurs...), pas des médecins ou des infirmières.

En France, il y a actuellement 1 animateur pour 64 résidents en EHPAD, alors que l'animation est une compétence qui s'est beaucoup professionnalisée et qui est au cœur du projet de vie sociale. Il faut à minima doubler ce ratio à court terme.

Les psychologues sont également trop rares dans nos établissements, probablement parce qu'ils émargent sur la section tarifaire la plus pauvre, à la main de départements défaillants. Alors qu'ils jouent un rôle fondamental tant auprès des résidents que des familles et des professionnels. Or à ce jour peu de nos EHPAD disposent de cette compétence à plein temps.

Les aides-soignant(e)s sont aujourd'hui au cœur de l'accompagnement des personnes âgées en EHPAD et en SSIAD. Il s'agit de la pénurie de professionnels la plus massive que l'on ait connue. Le rapport EL KHOMRI pointait un besoin de formation de 350.000 aides-soignant(e)s à l'horizon 2025 (!!), dont 200.000 départs en retraite. De l'avis unanime de toutes les directions d'EHPAD, ces « anciennes » AS sont aujourd'hui la colonne vertébrale de l'accompagnement. Leur départ massif, déjà commencé, est la plus grave menace qui pèse sur l'ensemble du secteur médicosocial. Malgré toutes les (bonnes) mesures prises ces derniers mois (développement de l'apprentissage, limitation des barrières d'accès aux formations...), on sait qu'il est impossible de pallier ce manque en si peu de temps. Il est donc indispensable, voire vital, de trouver des alternatives. L'ensemble du secteur et du service public de l'emploi se démène pour chercher des solutions dans les territoires. Plusieurs fédérations ont développé des programmes de formations de 20 à 30 jours (avec immersion en milieu professionnel) permettant d'intégrer rapidement de nouveaux professionnels, dont la seule compétence préalable demandée est le savoir-être. A la FNAQPA, nous les appelons agents d'aide à la vie quotidienne. Ces nouveaux professionnels peuvent immédiatement venir soulager et soutenir les aides-soignant(e)s qui restent, pour leur permettre d'accomplir leur mission dans de meilleures conditions et de disposer d'un peu plus de TEMPS. Ils sont amenés à devenir très vite des « **faisant fonction** » **d'aide-soignant**, pour ensuite poursuivre un parcours de formation diplômant. L'État a ici un rôle prépondérant à jouer. D'une part, en permettant le financement de ces postes sur la dotation soins actuelle des établissements, qui de toute façon est amenée à la sous-consommation du fait de la pénurie de soignants. D'autre part en cassant l'étanchéité des enveloppes soins et hébergement et en dégagant immédiatement des moyens massifs pour le recrutement de professionnels non qualifiés. Enfin, comme d'autres pays européens ont pu le faire récemment, le recours à l'immigration choisie ne peut pas être écarté pour contribuer à pallier cette pénurie durable. La France pourrait profiter utilement de sa relation privilégiée avec l'Afrique francophone, moins vieillissante, pour développer des conventions de coopération en la matière. Quelques expériences récentes dans ce domaine parmi nos adhérents semblent prometteuses.

**Proposition n°14** : financer la totalité des impacts du Ségur dans tous les établissements.

**Proposition n°15** : promouvoir la diversification des compétences et les nouveaux métiers au sein des EHPAD.

**Proposition n°16** : doubler immédiatement le nombre de postes d'animateurs et de psychologues en compensant l'impact tarifaire sur la dotation soins (en lien avec la mission de préservation de l'autonomie des EHPAD).

**Proposition n°17** : permettre le recrutement et la formation socle de 2 à 4 « faisant-fonction » d'aides-soignants dans chaque établissement, pour soulager les soignants à court terme et développer les parcours de formation vers les métiers du soin.

**Proposition n°18** : étudier la possibilité de passer convention avec des pays francophones pour l'accueil et la formation de nouveaux professionnels, afin de pallier le nombre insuffisant de candidatures dans certains territoires.

- **Sur les questions de démocratie interne**

Les Conseils de la Vie Sociale (CVS) ont le mérite d'exister et constituent l'un des outils dont disposent les établissements pour faire vivre la démocratie interne. Mais ils ne sont pas les seuls et tous les outils contribuant à la concertation des résidents et des familles doivent être promus (commissions restauration, animation...). Le premier d'entre eux devrait être le projet d'accompagnement personnalisé. Ce dernier est souvent formalisé parce qu'il doit l'être, mais il est insuffisamment mis en œuvre et adapté au cours du séjour, faute de moyens et d'une organisation adaptée et adaptable (par opposition au poids de l'organisation institutionnelle). Dans le cadre de la transformation préconisée supra, et du développement d'établissements domiciliaires, les projets d'accompagnement personnalisé peut devenir la clé de voûte de la démocratie interne et de la prise en compte de l'avis et des aspirations des résidents.

S'agissant de la réflexion éthique au sein des établissements, la FNAQPA rappelle qu'elle est quelque peu réservée sur l'idée de nommer un référent éthique. En effet, nous considérons que la réflexion et le questionnement éthique sont l'affaire de tous les professionnels, et que la nomination d'un référent risque de

nuire à l'engagement de tous les professionnels. Si toutefois un référent éthique devait être installé en EHPAD, nous préconisons qu'il s'agisse d'un aide-soignant.

**Proposition n°19** : promouvoir toute forme de participation des résidents et de démocratie interne, outre les CVS.

**Proposition n°20** : permettre la mise en œuvre des projets d'accompagnement personnalisés via la transformation domiciliaire des établissements.