



Synthèse de l'avis 2026 du Comité éthique de la FHF

Pour une éthique de l'accompagnement des
personnes vieillissantes

La question de l'accompagnement des personnes vieillissantes est centrale dans un contexte marqué par une transformation démographique profonde. L'allongement de l'espérance de vie et l'augmentation du nombre de personnes vieillissantes constituent aujourd'hui un défi central pour l'organisation de la société, du système de santé et du secteur médico-social.

Dans ce contexte, le Comité éthique de la FHF estime qu'une réflexion approfondie est nécessaire afin d'éclairer les choix collectifs et de contribuer à orienter les pratiques professionnelles, et propose d'y contribuer par le présent avis.

En effet, les politiques publiques apparaissent encore insuffisantes pour faire face à l'ampleur et à la complexité des enjeux. Les difficultés rencontrées par les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, les tensions autour du soutien à domicile, les inégalités d'accès aux droits des personnes et aux services dont elles ont besoin, illustrent la nécessité de repenser le modèle actuel.

Anticiper, prévenir, et transformer les établissements et services sont des évolutions indispensables pour améliorer le soutien des personnes vieillissantes. Enfin, la persistance de formes d'âgisme et de stigmatisation de la perte d'autonomie nous enjoint à agir.

Dans ce contexte, le Comité éthique de la FHF réaffirme la nécessité éthique de replacer la dignité, le respect des droits et la qualité de l'accompagnement au cœur des politiques et des pratiques.

L'avis s'intéresse en premier lieu à la question de l'autonomie et de la liberté des personnes vieillissantes, en interrogeant les notions de perte d'autonomie, de choix du lieu de vie ou encore de décision en fin de vie.

Il souligne ensuite l'importance de l'anticipation et de la préparation des parcours afin d'éviter les ruptures et d'accompagner au mieux les transitions liées à l'avancée en âge.

L'avis promeut la notion du « Mieux vieillir », en insistant sur la lutte contre l'isolement social et les représentations négatives du vieillissement. Il insiste sur la nécessité d'une approche interdisciplinaires et interprofessionnelles, ainsi que sur une exigence de qualité et de bientraitance.

Enfin, il rappelle que la solidarité collective est essentielle pour assurer financièrement et équitablement la charge de l'accompagnement des personnes vieillissantes.

En s'emparant de ce sujet, le Comité éthique de la FHF entend contribuer au débat public et rappeler que la manière dont une société accompagne les personnes vieillissantes constitue un indicateur de ses valeurs et un élément du Pacte intergénérationnel.

Chapitre 1 – Favoriser l'autonomie et préserver la liberté aux différentes étapes du parcours de vie et d'accompagnement

- **Préconisation n° 1** : Réviser les critères d'AGGIR notamment pour mieux prendre en compte les dimensions psychiques de la perte d'autonomie
- **Préconisation n° 2** : Soigner les mots pour changer le regard de la société comme des professionnels sur la vieillesse, en évitant les termes stigmatisants ou péjoratifs et privilégier des termes positifs et inclusifs.
- **Préconisation n° 3** : Promouvoir la réflexion sur les choix de vie quand la personne est en situation d'autonomie, à l'image des directives anticipées, sous la forme d'un « choix de vie personnalisé anticipé » partagé – voire co-construit – avec l'entourage ou une personne de confiance comme le médecin traitant de la personne (quand elle en dispose)
- **Préconisation n° 4** : Favoriser l'autonomie de la personne vieillissante en :
 - 1. Prenant en compte une parole qui puisse s'affranchir du regard sur la dépendance fonctionnelle, sur le corps dégradé : encore faut-il aller la chercher cette parole... Faire en sorte que la parole, le discours du sujet âgé prenne la place dans et du discours de l'autre.
 - 2. Entendant le désir, les valeurs, les croyances d'un sujet inscrit dans une histoire et qui ne se réduit pas à la maladie, à un handicap
 - 3. Remplaçant les logiques de suppléance (faire à la place de) dans l'accompagnement par des interventions qui soutiennent les capacités du sujet
 - 4. Acceptant l'idée que le soin ne soit pas toujours secours (et guérison) mais soutien. Créant des dispositifs qui offrent une temporalité adaptée à la prise de décision (d'être aidé par exemple).

Chapitre 2 – Anticiper, préparer l'avenir avec la personne concernée et son entourage pour éviter les ruptures de parcours et accompagner les transitions

- **Préconisation n° 5** : Anticiper les mesures de protection juridique de la personne concernée avec elle.
- **Préconisation n° 6** : Bien informer, soutenir et associer les aidants.
- **Préconisation n° 7** : Développer les modalités alternatives à l'admission en institution, de type séjour de répit, hébergement temporaire, balluchonnage, EHPAD à domicile
- **Préconisation n° 8** : Promouvoir le concept d'un programme de préparation à l'entrée en institution.
- **Préconisation n° 11** : Promouvoir la place et le rôle de la personne de confiance dans les établissements et structures accompagnant des personnes vieillissantes, plus ou moins dépendantes.
- **Préconisation n° 12** : Organiser des temps de parole ou séances de type ateliers sur la question des directives anticipées et la fin de vie dans les établissements et structures accompagnant des personnes vieillissantes, en y associant les personnes accompagnées et leurs proches.
- **Préconisation n° 13** : Proposer un entretien structuré anticipé d'échange sur les souhaits de la personne par rapport à sa fin de vie. (cf. Annexe 2)

Chapitre 3 – Développer la prévention, promouvoir le « mieux vieillir »

- **Préconisation n° 14** : Soutenir les capacités de la personne vieillissante en agissant sur plusieurs registres : activité physique, nutrition, stimulation cognitive, inclusion sociale, adaptation de l'environnement (habitat, urbanisme, mobilité...).
- **Préconisation n° 15** : Soutenir et s'appuyer sur les initiatives et ressources locales contribuant à lutter contre l'isolement potentiel des personnes vieillissantes, comme par exemple :
 - Activités sociales, culturelles, physiques adaptées en groupes (initiatives associatives, tiers lieux et CCAS).
 - Accompagnement des personnes vieillissantes dans l'utilisation d'Internet, smartphones ou tablettes pour des appels vidéo avec la famille afin de réduire la solitude et maintenir le lien social, surtout pour les personnes pouvant se trouver en zone rurale (des programmes d'initiation au numérique sont proposés par les caisses de retraite ou associations).
 - Soutien au développement des alternatives au domicile et à l'EHPAD de type habitat inclusif ou partagé (cf. Annexe 3).
- **Préconisation n° 16** : Former les professionnels à la prévention de la perte d'autonomie.
- **Préconisation n° 17** : Lutter contre l'âgisme à tous les niveaux (discours social, médiatique, éducation, vocabulaire, projets collectifs, actions nationales et locales...).

Chapitre 4 – Agir ensemble

- **Préconisation n° 18** : Encourager le déploiement généralisé de ICOPE.
- **Préconisation n° 19** : Au sein des GCSMS, GTSMS et GHT, mutualiser des ressources humaines spécialisées (plutôt en tension) au bénéfice des équipes comme des usagers pour un accompagnement de qualité (psychologues, neuropsychologues, orthophonistes, psychomotriciens, ergothérapeutes, enseignants en activité physique adaptée...). Et partager les bonnes pratiques (douleur, prévention des plaies et cicatrisation, soins palliatifs...) et outils (notamment numériques) nécessaires à une prise en soin et un accompagnement global et coordonné des personnes accompagnées par les établissements membres.
- **Préconisation n° 20** : Au sein des GCSMS, GTSMS et GHT, promouvoir l'élaboration pluridisciplinaire et la mise en œuvre coordonnée d'un projet d'accompagnement médico-soignant, médico-social et social partagé (PA2MSS) entre les membres du groupement (à l'image des projets médico-soignants partagés propres aux GHT).
- **Préconisation n° 21** : Renforcer la participation des usagers et des représentants des familles aux instances telles que les conseils d'administration des établissements médico-sociaux et aux conseils de la vie sociale, et les associer à l'élaboration du projet d'accompagnement médico-soignant, médico-social et social partagé.

- **Préconisation n° 22** : Porter le projet de co-construction d'un projet territorial santé autonomie et d'un volet autonomie au contrat local de santé.
 - Compléter les projets territoriaux de santé par un volet projet territorial solidarité autonomie (PTSA) co-piloté par l'ARS et le Département co-construit avec tous les acteurs et les usagers, impliquant le SPDA.
 - Elaborer et mettre en œuvre des contrats locaux solidarité autonomie (CLSA) complémentaires aux contrats locaux de santé (CLS) articulés avec les PTSA.
- **Préconisation n° 23** : Développer le concept d'un plan d'accompagnement individualisé de la personne accompagnée (PAIPA) co-construit avec la personne et son entourage.
- **Préconisation n° 24** : Promouvoir une gouvernance soucieuse d'un accompagnement éthique du vieillissement. La prévention du vieillissement et la promotion du bien vieillir appellent une réflexion éthique collective, transversale, partagée entre les acteurs du soin, du social et du politique au niveau national comme au niveau local. Elles exigent la mise en œuvre d'un nouveau pacte social fondé sur la reconnaissance des capacités, la lutte contre l'âgisme et la responsabilisation des institutions. Ce n'est qu'en plaçant l'autonomie, la dignité et la solidarité au cœur des politiques du vieillissement que nos sociétés pourront répondre avec humanité et lucidité aux défis du grand âge. L'accompagnement du vieillissement doit diffuser dans toutes les politiques. On pourrait jusqu'à proposer la mise en place d'une délégation interministérielle du « Bien Vieillir ».

Chapitre 5 – Qualité, bienveillance et prévention des risques

- **Préconisation n° 25** : Travailler en équipe et avec les usagers pour améliorer la qualité de l'accompagnement (cf. Annexe 4)
- **Préconisation n° 26** : Renforcer la formation à la bientraitance et la culture partagée du prendre soin. L'approche éthique du bien vieillir exige un effort massif de formation des professionnels à la spécificité du vieillissement, aux troubles neurodégénératifs, et à l'accompagnement des familles. Le rôle de l'espace national de réflexion éthique sur les maladies neurodégénératives est encore à valoriser dans cette perspective de formation. Elle doit s'enraciner dans une culture partagée de la bientraitance, du signalement des situations à risque et événements indésirables, et de la vigilance, ouverte à la mémoire des situations de maltraitance passées. Cette culture s'oppose à la surmédicalisation et à l'iatrogénie médicamenteuse, à l'absence de prise en compte de la responsabilité sociale de la médecine, en privilégiant une compréhension globale et personnalisée des besoins. Les politiques publiques doivent également favoriser la prévention des vulnérabilités : chutes, dénutrition, dépression, précarité, deuils ou isolement affectif, en reconnaissant que le risque zéro n'existe pas, mais que tout risque peut-être accompagné.
- **Préconisation n° 27** : Des actions concrètes partagées à promouvoir et évaluer pour prévenir et lutter contre les risques de maltraitance y compris ordinaire.

- **Préconisation n° 28** : Anticiper la réflexion, à l'image des directives anticipées, sous la forme d'un "choix de vie personnalisé anticipé" partagé avec l'entourage ou une personne de confiance comme par exemple le médecin traitant de la personne.
- **Préconisation n° 29** : Promouvoir des actions permettant de protéger sans enfermer.
- **Préconisation n° 30** : Quelques pistes pour prévenir et lutter contre la maltraitance.
- **Préconisation n° 31** : Promouvoir et organiser une réflexion éthique sur le sujet des contentions.
 - Mettre en place un dialogue avec les cellules de soutien éthique tant en établissement qu'à domicile.
 - Élargir la base d'intervention des Espaces de réflexion éthiques régionaux de manière à ce qu'ils accompagnent les services d'aide à domicile dans la mise en place et l'usage de telles cellules. Intégrer le temps passé lors de la participation des personnels aux instances éthiques ou aux interactions avec les CSE dans le financement des services.
- **Préconisation n° 32** : Promouvoir la mise en place de petites unités de vie (PUV) ouvertes inclusives plutôt que des structures fermées. Une idée plus modeste pourrait être au sein de petites unités d'habitation collectives dans le même quartier ou le même village, de consacrer certaines d'entre elles aux personnes atteintes de pertes psychiques pour leur permettre de déambuler à leur souhait dans un univers ouvert et (partiellement) sécurisé, afin de répondre à leurs besoins et de leur offrir la possibilité d'une vie où elles conserveront des sollicitations diverses et des liens sociaux. Les échanges existeront entre les différentes unités habitées par des personnes dont les pertes d'autonomie sont d'origine variable et à des degrés de gravité également variables. Les équipes soignantes et accompagnantes pourront tourner entre les unités.
- **Préconisation n° 33** : Développer une culture du risque accepté. Citons le projet d'établissement des EHPAD rassemblés sous le nom de Trait d'Union du Cailly dans la banlieue de Rouen¹ : Dans le chapitre 1 du projet intitulé « des personnes âgées bien chez elles en résidence médicalisée ou à leur domicile d'origine », un point est consacré à l'objectif : « soutenir l'autodétermination des personnes et le droit aux risques » ; il est ainsi développé : « les établissements et services soutiennent la liberté d'aller et venir en veillant à l'équilibre avec la sécurité des personnes (en lien avec la réflexion éthique) grâce à une domotique mesurée. La prise de risque est écoutée, discutée, partagée et respectée ».
- **Préconisation n° 34** : Renforcer la prévention contre la grippe saisonnière et la vaccination des personnes et des professionnels. En conclusion, la recommandation d'une vaccination des professionnels en EHPAD contre la grippe saisonnière nous paraîtrait essentielle pour améliorer la couverture vaccinale globale, renforcer la protection sanitaire des personnes âgées dépendantes et répondre aux exigences éthiques de solidarité et de responsabilité collective.

- **Préconisation n° 35** : Écouter et échanger sur la fin de vie. Développer des formations de sensibilisation à l'approche de la mort, l'écoute et l'accompagnement dans ces circonstances, destinées à tous les soignants, dont les médecins, aux accompagnants, auxiliaires de vie et aidants pour leur permettre de faire face aux fins de vie à domicile, sans oublier les responsables de services à domicile et d'établissements. Il est également souhaitable d'inciter les bénévoles, qui assurent des visites à l'hôpital et en EHPAD, de se saisir de cette perspective d'écoute et d'échange des personnes en fin de vie ; les associations support ont en principe le souci de former et d'encadrer leurs bénévoles.
- **Préconisation n° 36** : Continuer à développer la culture des soins palliatifs en établissement et à domicile. Développer les soins palliatifs à l'hôpital, à domicile ainsi qu'une culture palliative au sein de tous les services accueillant des malades graves et en fin de vie. Sensibiliser les accompagnants et les aidants à domicile à une culture palliative.

Chapitre 6 – Vers un juste financement de l'accompagnement de la perte d'autonomie

- **Préconisation n° 37** : Ouvrir largement le débat au sein de la société sur le financement de la perte d'autonomie en donnant la parole aux personnes âgées elles-mêmes.

Cet avis résulte d'un travail collaboratif du Comité éthique de la FHF

Composition du Comité éthique de la FHF

Pr Bertrand Guidet, Président du Comité éthique FHF – Service de médecine intensive réanimation, hôpital Saint-Antoine, Membre de l'Académie nationale de Médecine, Paris – **Pascale Altier**, Directrice VBO Consulting, représentante d'usagers, patiente-experte, Membre du Comité déontologie, éthique, démocratie sanitaire INCa – **Pr Gilles Aulagner**, Pharmacien, président honoraire de l'Académie Nationale de Pharmacie – **Pr Magalie Bonnet**, Psychologue clinicienne, professeure de psychologie à l'université de Besançon – **Marc Bordier**, Directeur des soins au GHU du Havre – **Yvanie Caillé**, Fondatrice de l'association Renaloo – **Chantal Cateau**, Membre du Conseil d'administration FHF, représentante des usagers, association LE LIEN, France Assos Santé – **Marie Citrini**, Représentante d'usagers, enseignante de la perspective patient du Département universitaire de médecine générale (DUMG) de Paris-Nord, AP-HP – **François de singly**, Professeur émérite de sociologie au centre de recherches sur les liens sociaux (CNRS) Faculté des sciences humaines et sociales de la Sorbonne Université Paris Cité – **Dominique De Wilde**, Inspectrice générale des affaires sociales (IGAS) Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités – **Claude Finkelstein**, Présidente de la fédération nationale des associations de psychiatrie (FNAPSY) – **Pascal Forcioli**, Expert visiteur de la haute autorité de santé, président des journées internationales de la qualité hospitalière en santé (JIQHS) – **Patrick Genre**, Maire de pontarlier, président de la commission parcours FHF – **Dr Cyril Hazif-Thomas**, Psychiatre et spécialiste de la personne âgée au CHRU de Brest et président de l'espace éthique régional de Bretagne – **Emmanuèle Jeandet-Mengual**, Membre du conseil d'administration de la FHF et de l'ERE Normandie – **Bénédicte Lombart**, Infirmière-cadre sup. de santé GHU Sorbonne APHP, Docteure en Philosophie pratique & Éthique Médicale, Paris – **Clément Tarantini**, Anthropologue, Postdoctorant, Institut Pasteur / CeRIS – **Julia Tinland**, Philosophe, Chaire Démocratie en santé et engagement des personnes concernées par le cancer Équipe Can-BIOS, UMR SESSTIM, Aix Marseille Université – **Vincent Ollivier**, Responsable adjoint du Pôle O.F.F.R.E.S de la FHF (Offre de soins, Finances, FHF-Data, Recherche, E-Santé) et coordinateur des comités FHF Cancer, FHF Prévention, FHF Psychiatrie et du comité éthique FHF.



