

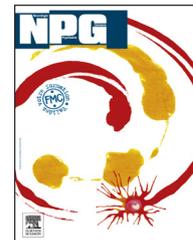


Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



RÉFLEXION ÉTHIQUE

Liberté d'aller et venir en EHPAD : sommes-nous des hors la loi ?



Freedom to come and go in nursing homes: Are we outlaws?

S. Thomas (Gériatre)^{a,*}, C. Hazif-Thomas (Gérontopsychiatre, Chef de service)^b

^a *Équipe mobile de psychiatrie de la personne âgée, service de gériatrie, centre hospitalier de Marne-la-Vallée, 2-4, cours de La-Gondoirre, 77600 Jossigny, France*

^b *Intersecteur de psychiatrie de la personne âgé (IPPA), centre hospitalier de Bohars, CHRU de Brest, 29820 Brest, France*

Disponible sur Internet le 17 juillet 2014

MOTS CLÉS

Liberté d'aller et venir ;
Sécurité ;
Consentement ;
Maladie d'Alzheimer ;
EHPAD ;
UHR

Résumé La liberté d'aller et venir est un droit fondamental très ancien en France. Son respect en psychogériatrie n'est pas des plus aisés à faire valoir dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou les unités de soins de longue durée (USLD) accueillant des malades vulnérables, notamment dans les unités d'hébergement renforcées (UHR). En effet, beaucoup d'EHPAD ou d'USLD possèdent à ce jour des UHR ou unités fermées. Elles ont comme particularité d'avoir une porte fermée, limitant la possibilité qu'ont les patients de quitter l'établissement. Une conférence de consensus s'est prononcée en 2004 sur ces unités mais, à ce jour, l'effectivité des droits et la reconnaissance d'une liberté effective aux résidents pose un problème, celui de la logique sécuritaire. La prévalence du principe de précaution sur le droit au risque rend les soignés et les soignants prisonniers d'une dynamique d'enfermement. La question d'autoriser le passage du contrôleur général des lieux de privation de liberté dans ces structures a donc toute légitimité à être posée.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Freedom to come and go;

Summary Freedom to come and go is a very old human right in France. Compliance in psychogeriatric units is not easier to enforce in a nursing home hosting vulnerable patients, especially in secured accommodation units. Indeed many EHPAD or USLD actually possesses UHR

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : sarah-thomas@hotmail.fr (S. Thomas).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.npg.2014.05.007>

1627-4830/© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Consent;
Alzheimer's disease;
Security;
Nursing home;
Secured care units

or closed units. They have for peculiarity to have a door closed, limiting the possibility that the patients have to leave the establishment. A consensus conference had expressed an opinion about these units in 2004, but to date, the effectiveness of the rights and recognition of effective freedom for residents is a problem, that of a supposedly security logic. The prevalence of the precautionary principle on access to a right to a risk renders the patients and the caregivers prisoners of a dynamic confinement. It is legitimate to question the issue of allowing the passage of the general inspector of all places of deprivation of liberty in these structures.

© 2014 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

La liberté d'aller et venir est un droit fondamental très ancien en France. Il date de bien avant la Déclaration des droits de l'Homme de 1789. Du temps de la royauté déjà, il était convenu que les individus étaient libres de circuler au sein du royaume et d'en sortir.

En 1789, la Déclaration des droits de l'Homme inscrit ce droit comme fondamental. Il est repris en 1948 dans la déclaration universelle des droits de l'Homme qui détermine que « toute personne a le droit de circuler librement et de choisir sa résidence à l'intérieur d'un État ».

Pourtant, toute personne qui connaît les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou les unités de soins de longue durée (USLD) peut constater qu'il existe des lieux où ce droit fondamental n'est pas respecté : dans les « unités protégées » ou unités d'hébergement renforcées (UHR), des patients considérés comme « à risque de fugue » sont empêchés de sortir de l'établissement dans lequel ils résident et de se mêler aux autres résidents, par des portes fermées. Ces unités sont destinées à des patients qui, du fait de troubles du jugement et de l'orientation en lien avec des maladies neurodégénératives, ne sont pas toujours en mesure de consentir explicitement à leur admission, ou n'arrivent pas à se repérer dans l'espace et risquent de s'échapper de l'établissement sans prendre la mesure du danger qu'ils courent. Cette problématique se pose également, mais de façon temporaire, pour les unités cognitivocomportementales (UCC).

Une conférence de consensus [1] s'est prononcée en 2004 sur ces unités. Elle n'y était pas favorable et a fait des recommandations afin de limiter au maximum les risques « d'enfermement » des patients. Par ailleurs, plusieurs groupes d'experts se sont réunis, et tous ont exprimé la nécessité de ne pas limiter la liberté de circulation des patients, de respecter au maximum leur choix de vie et d'obtenir un consentement éclairé lors des admissions en EHPAD ou en SLD.

Mais dans la pratique, les unités « fermées » existent, et des personnes atteintes de maladie neurodégénérative y sont placées bien qu'elles manifestent clairement, pour certaines d'entre elles, leur souhait de sortir de l'établissement.

Quelles justifications avons-nous pour « retenir » des personnes, pour leur imposer un lieu de vie, au risque que soient parfois réunies les conditions d'une séquestration ?

L'ouverture du débat sur la légitimité de la mise entre parenthèses de la liberté d'aller et venir

Quelles sont les indications des UHR et unités protégées ?

Les cahiers des charges de ces unités précisent que les personnes sont admises en UHR dans un contexte de « maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée, compliquée de symptômes psychocomportementaux sévères qui altèrent la sécurité et la qualité de vie de la personne et des autres résidents, dont l'évaluation et le bilan des symptômes auront été réalisés à l'aide du NPI-ES et, en cas d'agitation, de l'échelle d'agitation de Cohen-Mansfield » [2-4].

Pour ce qui est de la liberté d'entrer et de sortir dans ces unités, le cahier des charges [4] reste assez flou... « La sécurité des résidents qui est assurée en premier lieu par l'attention du personnel est par ailleurs facilitée par la conception architecturale de l'unité qui évite le sentiment d'enfermement ».

Et « la mise en place de mesures de sécurité ne doit pas aller à l'encontre de la liberté d'aller et venir au sein de l'unité des personnes accueillies ainsi que l'énoncent les règles éthiques en matière de prise en charge des malades Alzheimer, mais bien entendu dans le respect des normes de sécurité en vigueur. Cette recherche de sécurité doit permettre de conserver le caractère accueillant de la structure ». L'unité doit disposer « d'une entrée adaptée » et l'organisation des espaces de l'unité permet une circulation libre et sécurisée des résidents déambulants [4].

Donc il faudrait à la fois préserver la liberté d'aller et venir tout en veillant à la sécurité des résidents.

Mais quels types de personnes nécessitent que les unités soient fermées afin de préserver leur sécurité ?

Il faut distinguer deux situations : celle des patients déambulants qui, du fait de troubles de l'orientation et d'une activité motrice importante, circulent dans l'unité et risquent d'en sortir par inadvertance, mais sans réelle envie de sortir. Pour ces patients, la porte fermée est un obstacle mécanique, qui a pour but d'éviter que, au cours des déambulations, la personne se retrouve à l'extérieur de l'établissement et risque de se perdre, de se faire renverser, voire de passer la nuit dehors dans une tenue inadaptée et de mourir de froid... Pour ces personnes, la porte n'est pas

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/6112176>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/6112176>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)