



> SHAM > Prévention > Accueil > Droit & Pratiques > Le point sur...

Liberté et sécurité des résidents en EHPA : Concilier l'inconciliable

Confrontés quotidiennement au dilemme liberté/sécurité des résidents, les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) se trouvent dans l'obligation de concilier au mieux deux « contraintes » a priori opposées. Quand l'éthique et le droit imposent le compromis...

Sommaire

1. Le dilemme liberté/sécurité
2. La sécurité des résidents vue par le juge
3. Accepter un risque « mesuré », « adapté » et « partagé »

Marianne HUDRY
Anne-Sophie MAZEIRAT
Juristes SHAM

1/03/2010

Le dilemme liberté / sécurité

Les personnes âgées résidant en EHPAD sont, par principe, libres de tout mouvement. En effet, contrairement aux établissements psychiatriques qui disposent d'un cadre réglementaire spécifique pour recourir à la contrainte (hospitalisation à la demande d'un tiers et hospitalisation d'office), les EHPAD ne sont juridiquement autorisés à admettre et prendre en charge que des personnes consentantes et ce, quel que soit leur niveau de dépendance.

Le principe est rappelé par l'article L.311-3 (3°) du code de l'action sociale et des familles relatif aux droits des usagers qui garantit au résident « *une prise en charge (...) respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision* » étant précisé qu'« *à défaut, le consentement de son représentant légal doit être recherché* ». Cette dernière hypothèse vise, bien évidemment, les seuls résidents placés sous tutelle pour lesquels le consentement du tuteur doit être obtenu en n'oubliant toutefois pas d'associer le résident à la prise de décision lorsque son état de discernement le permet (1).

Dans le même temps, les EHPAD se voient imposer par le juge une obligation de surveillance particulière liée au nécessaire maintien de la sécurité de résidents parfois particulièrement exposés aux risques de chutes, fugues ou suicides (personnes désorientées, Alzheimer...) sans, pour autant, disposer des outils juridiques légitimant le recours à la contrainte.

Les rédacteurs de la charte des droits et libertés de la personne accueillie (2), jointe en annexe du livret d'accueil, ont d'ailleurs pris la mesure du problème en indiquant que la liberté de circulation était garantie « *dans les limites définies dans le cadre de la réalisation de [la] prise en charge ou de [l']accompagnement* ». Dès lors, la problématique récurrente et, à première vue insoluble, de tout directeur d'EHPAD (ainsi que de son personnel) se résume de la manière suivante : comment assurer un niveau de sécurité de nature à exclure tout risque de chute ou de fugue sans entraver d'aucune manière la liberté de choix et de mouvement des résidents ? La solution est sans doute dans le compromis, lequel implique un savant dosage : un maximum de liberté, un minimum de contraintes (contention, isolement, confinement...) pour un risque limité. Accepter une bonne fois pour toutes de renoncer, d'une part au « risque 0 » et d'autre part à la liberté absolue.

(1) Article L. 1111-2 du code de la santé publique « *Les droits (...) des majeurs sous tutelle (...) sont exercés (...) par le tuteur (...) Les intéressés ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée (...) à leurs facultés de discernement* ». Dispositions relatives aux établissements de santé qui ont été étendues aux établissements sociaux et médico-sociaux par l'arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie mentionnée à l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles.

(2) Arrêté du 8 septembre 2003 précité

La sécurité des résidents vue par le juge

On entend parfois, à tort, que les EHPAD ont désormais une véritable obligation de résultat en termes de sécurité des résidents. Or, juridiquement, il ne s'agit bien que d'une obligation de moyen, ce qui suppose que leur responsabilité ne saurait être engagée sans que la preuve d'une faute soit apportée, en l'occurrence un défaut de surveillance. Ainsi, lorsqu'une personne âgée est victime d'un dommage à l'occasion d'une fugue ou d'une rixe entre résidents, seul l'auteur du dommage est en principe responsable. Il pourra s'agir, selon le cas, du conducteur du véhicule en cause lors d'un accident de la route, du résident agresseur... Il se peut également qu'il n'y ait pas de responsable, notamment en cas d'automutilation ou de suicide.

La responsabilité de l'EHPA ne peut, quant à elle, être engagée que si le juge estime, *a posteriori*, que le niveau

de surveillance mis en place n'était pas adapté à l'état du résident. Le juge se livre, dès lors, à une appréciation souveraine des circonstances de l'incident en se basant sur différents critères relatifs à la fois à l'établissement et au résident. Il prend en compte les prestations fournies par l'EHPAD, et sera d'autant plus exigeant sur le niveau de surveillance que l'établissement ou le service est spécialisé dans la prise en charge des personnes dépendantes ou vulnérables. L'état du résident constitue lui aussi, un critère pris en compte par le juge qui s'attachera à ses antécédents connus ainsi qu'à son comportement juste avant l'acte dommageable. En effet, il est de jurisprudence constante que le niveau de surveillance ne saurait être standard et doit être adapté à chaque personne(1).

À titre d'exemple, une maison de retraite a été condamnée à indemniser les ayants droit d'un résident agressé par un autre pensionnaire et décédé des suites de ses blessures. Dans cette espèce, le tribunal administratif saisi(2) a estimé que la responsabilité civile de l'établissement devait être engagée sur la base d'une faute de surveillance en retenant les éléments suivants : l'accident était survenu alors que les soixante-douze pensionnaires de la maison de retraite étaient sous la surveillance d'une seule aide-soignante ; aucune mesure particulière n'avait été prise à l'égard de l'agresseur alors que ses troubles du comportement étaient connus des personnels médicaux et paramédicaux de la structure, enfin, en l'absence de local permettant d'isoler le pensionnaire en proie à une crise de violence, l'aide-soignante l'avait enfermé dans la chambre qu'il partageait avec la victime qui elle-même dormait sous l'emprise des somnifères qui lui avaient été donnés.

En revanche, il a été jugé qu'une maison de retraite psycho-gériatrique spécialisée dans l'accueil des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer n'était pas responsable de la fugue d'un pensionnaire au cours de laquelle il avait été renversé par une voiture. Alors même que la victime avait déjà fugué dans le passé, la maison de retraite avait pris des dispositions jugées suffisantes, à savoir une clôture grillagée, des portes constamment fermées à clé et des rondes nocturnes toutes les deux heures. Le juge a, en effet, rappelé que la prise en charge des malades d'Alzheimer nécessitait « certaines précautions », mais ne justifiaient pas « un enfermement comme dans un hôpital psychiatrique »(3).

Cette distinction entre personne âgée et malade mental, bien qu'allant de soi, est régulièrement rappelée par les juges. Sur demande indemnitaire des ayants droit d'un résident décédé à la suite d'une fugue, le tribunal administratif de Grenoble suivi en cela par la Cour administrative d'appel de Lyon a exclu tout défaut de surveillance de la part de l'établissement à l'égard d'une personne de quatre-vingt trois ans atteinte de sénilité progressive : « une maison de retraite, qui doit demeurer un lieu de vie de la personne âgée, ne peut imposer aux pensionnaires les mêmes contraintes qu'un établissement psychiatrique destiné à l'accueil des malades mentaux, lesquels nécessitent une protection particulière et, corrélativement, peuvent voir restreindre leur liberté d'agir. »(4)

En tout état de cause, de manière générale, il ne saurait être reproché à un établissement de ne pas avoir anticipé un événement dommageable que le personnel n'était pas en mesure de prévoir.

Un tribunal administratif a ainsi déchargé un centre de long séjour de toute responsabilité suite à l'agression d'un malade d'Alzheimer par un pensionnaire déficient intellectuel ne présentant pas de symptôme démentiel au motif que « les observations figurant dans le dossier infirmier ne [permettaient] pas d'établir qu'un passage à l'acte violent était prévisible »(5).

S'agissant des agressions entre résidents, rappelons à toutes fins utiles que l'agresseur demeure personnellement responsable sur le plan indemnitaire des dommages qu'il cause et ce, quel que soit son état mental(6).

Est à noter que les magistrats appliquent un raisonnement similaire lorsqu'il s'agit d'apprécier la faute susceptible d'être retenue à l'encontre d'un établissement n'ayant pas pris les mesures nécessaires pour éviter la chute d'un résident.

Dans cette hypothèse, si le juge reste sensible aux préoccupations de préservation de l'autonomie de la personne âgée(7), la prise en compte des fragilités spécifiques des résidents doit pour autant constamment guider les choix des équipes soignantes quant au degré de surveillance, ou le cas échéant de contention à mettre en œuvre. A titre d'exemple, la connaissance d'un risque avéré de fracture de col du fémur justifie la mise en place d'une contention au fauteuil ; à défaut, les dommages consécutifs à la chute de la résidente sont susceptibles d'engager la responsabilité civile de l'établissement d'accueil(8).

(1) Ca Aix en Provence 06/07/98, CA Versailles 3e ch. 17/12/1999, CA Rouen 1ère ch. 9/04/03

(2) CE 12 juin 2006 N°228841

(3) CA Versailles 3e ch. 17/12/1999, pour un établissement non spécialisé : CAA Lyon 10 janvier 2008

(4) TA Grenoble, 9/04/2003 confirmé par CAA Lyon 9 mai 2006N°05LY01990

(5) TA Chalons en champagne, 21 décembre 1999

(6) Article 414-3 du code civil « Celui qui a causé à autrui un dommage alors qu'il était sous l'empire d'un trouble mental n'en est pas moins obligé à réparation »

(7) CAA Versailles 407/06 N°04VE00081

(8) TA Lyon 3 février 2009 N°0707272

Accepter un risque « mesuré », « adapté » et « partagé »

Au regard de l'appréciation nécessairement factuelle de la faute de surveillance par des juges qui ne perdent pas de vue le droit des résidents au respect de leur liberté, il semble qu'il faille accepter une certaine prise de risque inhérente à la vulnérabilité des personnes âgées, étant précisé que cette prise de risque implique la survenue d'accidents dont on doit considérer qu'ils ne pouvaient être évités sans entraver de manière

disproportionnée la liberté du résident.

Les recommandations de la conférence de consensus sur la liberté d'aller et venir(1), fruit de la réflexion commune menée par la Fédération Hospitalière de France et l'ANAES (2) vont précisément dans ce sens et s'opposent à tout comportement excessivement sécuritaire.

Elles préconisent une « *personnalisation* » et une « *réévaluation* » périodique des mesures de restriction décidées par application du principe « *bénéfice/risque* » selon lequel « *toute restriction n'est envisageable que si son bénéfice l'emporte sur les risques éventuels induits par le maintien de cette liberté.* »(3).

D'après le jury de la conférence de consensus, « *la réponse à la déambulation et au risque de sortie inopinée doit être de préférence humaine (maintien du contact à tout prix avec la personne, accompagner son déplacement, trouver un sens à son déplacement), organisationnelle (présence humaine à la porte de l'établissement susceptible de réagir rapidement et de manière adaptée) et architecturale (recherche de la meilleure réponse en matière de qualité des espaces, de qualité de travail et d'accueil : maîtrise des déplacements des personnes âgées désorientées, des visiteurs, des personnes accueillies et des professionnels ; limitation des accès à une zone contrôlée), ce qui suppose un encadrement et une formation suffisante des professionnels au contact des personnes vulnérables.* »(4).

Précisons toutefois que, dans la mesure où les accidents sont susceptibles de donner lieu à des contentieux indemnitaires de la part du résident lui-même ou, comme c'est le cas le plus souvent, de ses ayants droit, les établissements doivent pré-constituer toutes preuves utiles (courriers, mentions dans le dossier du résident...) pour, le cas échéant, être en mesure de démontrer le caractère adapté de la surveillance mise en œuvre.

En outre, il est fortement recommandé d'impliquer la personne âgée et sa famille dans les choix de prise en charge de manière à leur faire partager le risque pris. Concrètement, le jury de la conférence de consensus préconise la formalisation du niveau de risque « *accepté* » et « *partagé* » à travers la définition d'un « *projet de vie individuel* »(5). Ce projet de vie, rédigé à l'admission et réévalué périodiquement, peut très naturellement être annexé au contrat de séjour. Notons qu'une telle démarche est bénéfique à double titre puisqu'elle participe au maintien de la liberté du résident et lui garantit le respect d'un autre de ses droits : « *la participation ... à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui [le] concerne* »(6).

(1) *Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligation de soins et de sécurité.* 24 et 25 novembre 2004.

(2) Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé devenue Haute Autorité de santé (HAS).

(3) Textes des recommandations (version longue) issues de la conférence de consensus précitée (2), p.22.

(4) Textes des recommandations (version longue) issues de la conférence de consensus précitée (2), p.20.

(5) Textes des recommandations (version longue) issues de la conférence de consensus précitée (2), p.17.

(6) Article L. 311-3 du code de l'action sociale et des familles relatif aux droits des usagers accueillis en établissements sociaux et médico-sociaux.