



JOURNÉE RÉGIONALE DU RÉQUA LIBERTÉ D'ALLER ET VENIR

Jérôme MONET – Inspecteur Commercial

16 octobre 2018



01

Préalables juridiques

Liberté d'aller et venir/contention

➤ Préalables juridiques

➤ Liberté d'aller et venir/contention

➤ LA LIBERTÉ D'ALLER ET VENIR : UN PRINCIPE CONSTITUTIONNEL

La liberté d'aller et venir est une liberté individuelle, constitutionnellement reconnue par les articles 2 et 4 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789 (*la liberté à pouvoir faire tout ce qui ne nuit pas à autrui*) et le onzième alinéa du Préambule de la Constitution de 1946 (*la Nation garantit à tous le droit à la protection de la santé*).

Cf. notamment pour la psychiatrie: décisions du Conseil Constitutionnel du 9 juin 2011 n° 2011-135/140 QPC et du 20 avril 2012 n° 2012-235 QPC

➤ Préalables juridiques

Liberté d'aller et venir/contention

Cette liberté peut être restreinte, mais ces restrictions doivent être limitées à celles nécessitées par l'état de santé du résident/patient, sa sécurité et à la mise en œuvre de son traitement.

Cette restriction de liberté d'aller et venir doit être également limitée dans le temps.

Parmi les différentes restrictions aux libertés d'aller et venir, figure la contention physique et/ou chimique.

➤ Préalables juridiques

Liberté d'aller et venir/contention

➤ **DE NOMBREUSES RECOMMANDATIONS EXISTENT. ELLES SONT GÉNÉRALEMENT CENTRÉES SUR LA PRISE EN CHARGE DE LA PERSONNE ÂGÉE ET LA PSYCHIATRIE :**

- EPP de l'ANAES datée de 2000 – « Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée »
- Recommandations de l'ANAES datée de 2004 – « Conférence de consensus relative à la liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligations de soins et de sécurité ».
- Recommandation de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie et de la DGS/DGAS – Octobre 2007.
- Revue de littérature sur la qualité de vie en EHPAD – ANESM - Janvier 2010.
- Volet 4 des recommandations de l'ANESM - Qualité de vie des résidents en EHPAD – Novembre 2012.
- Recommandation HAS pour la pratique clinique: Isolement et contention en psychiatrie générale – Février 2017

➤ Préalables juridiques

➤ Liberté d'aller et venir/contention

➤ UNE PRESCRIPTION MÉDICALE OBLIGATOIRE

La contention physique passive nécessite qu'elle soit prescrite et motivée par un médecin. Cette prescription doit être écrite, horodatée et limitée dans le temps.

Elle doit, en outre, détailler le matériel de contention à utiliser et un programme de surveillance de l'application de cette contention sur l'état de santé du patient/résident.

Toute utilisation d'une contention physique passive réalisée en urgence doit donc être régularisée *a posteriori* par une prescription médicale.

➤ Préalables juridiques

➤ Liberté d'aller et venir/contention

➤ INDICATIONS / CONTRE-INDICATIONS DE LA CONTENTION PHYSIQUE PASSIVE

Il n'existe, d'après les différentes revues de littératures, pas d'indications ou de contre-indications absolues à la mise en place d'une contention.

Cependant, plusieurs études soulignent le fait que la contention physique passive, en dehors des cas urgences, doit être utilisée lors de l'échec d'autres alternatives mises en œuvre et toujours dans un souci de maintien ou d'amélioration de l'état fonctionnel du patient.

Il y a donc lieu d'évaluer au cas par cas le rapport bénéfices/risques de la contention physique passive, avant toute mise en place d'une contention non urgente.

➤ Préalables juridiques

➤ Liberté d'aller et venir/contention

➤ UNE INFORMATION PRÉALABLE DONNÉE AU PATIENT/RÉSIDENT ET/OU DE SON ENTOURAGE (FAMILLE/PERSONNE DE CONFIANCE):

Lorsque le patient/résident est en état d'exprimer sa volonté, le bénéfice/risque de la mise en place d'une telle décision doit lui être explicitée.

L'article L. 1111-4 du Code de la santé publique dispose que : « *Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre tout traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables. [...] Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment.* »

➤ Préalables juridiques

Liberté d'aller et venir/contention

Si le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté, l'article L.1111-4 du Code de la santé publique poursuit en disposant que: « *Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance , ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté. »*

Attention consultation de l'entourage du patient/résident ne veut pas dire décision de l'entourage du patient/résident.

La décision, dans ce cas appartient au médecin, après avis de l'entourage du patient/résident et concertation pluridisciplinaire.



02

La pratique confrontée à la jurisprudence des tribunaux civils et administratifs

➤ Barrières au lit et chute

➤ TRIBUNAL ADMINISTRATIF (TA) DE SAINT MARTIN – 23/04/2009:

M. X, 69 ans a été hospitalisé le 29 janvier 2001 au CH Y, avec un diagnostic à son arrivée d'état général très dégradé, une infection pulmonaire aiguë, un délirium tremens et une tachyarythmie. M. X présentait une anxiété importante et une désorientation spatiale, qui ont imposé la prescription et la mise en place de barrières de protection à son lit, ainsi que de médicament tranquillisants, pour lutter contre les effets du servage alcoolique.

Les soins apportés par les équipes du CH Y ont permis, dès la première semaine une notable amélioration clinique et radiologique de la pneumopathie, ainsi que de l'état général de M. X. Dès le 5 février 2001, il a été mis fin à la prescription de médicaments tranquillisants et des barrières au lit. Rien dans le comportement de M. X, même s'il était sous anticoagulants, n'était de nature à laisser penser qu'un dispositif de protection particulière restait nécessaires.

Dans la nuit du 10 au 11 février 2001, M. X a chuté de son lit. Une dégradation rapide de son état de santé a entraîné son décès le 11 mars suivant. Le TA de Saint Martin considère que la suppression des barrières au lit de M. X n'est pas constitutive, en l'espèce d'une faute du CH Y.

➤ Barrières au lit et chute

➤ TA DE NÎMES – 02/10/2014

Mme X, âgée de 74 ans, a été admise au sein du Service des Urgences du CH Y le 26 octobre 2011, afin de bénéficier de soins contre le cancer des os dont elle était atteinte. Elle a chuté de son lit durant la nuit du 26 au 27 octobre 2011 et s'est fracturée les deux humérus. Mme X décédera au cours du mois de mai 2012 et les ayants-droit de la défunte demandent réparation des préjudices subis du fait de cette chute.

Le TA de Nîmes considère que le CH Y apporte la preuve qu'il n'a « pas commis de faute dans l'organisation du service ou dans la surveillance de sa patiente, simplement affaiblie par la maladie et sous l'emprise de somnifères », en prévoyant la mise en place de barrières au lit de Mme X, de passages réguliers de soignants et d'une sonnette lui permettant d'appeler le personnel soignant.

➤ Absence de contention pendant des soins et chute

➤ TA STRASBOURG – 02/12/2008

Le 29 mai 2006, vers 10h du matin, Mme X a été conduite dans la salle de bain, pour y être douchée, et a ensuite été installée sur une chaise percée. Mme X a glissé de cette chaise et s'est fracturée le col du fémur droit.

Le TA retient que si, lorsque Mme X était installée sur son fauteuil dans le cadre de la prévention de la formation d'escarres, sa position était sécurisée par la mise en place d'une sangle abdominal, il résulte de l'instruction qu'une telle mesure n'est pas appliquée lorsque le malade est installé sur une chaise percée, le sanglage pouvant, d'une part, entraîner des réaction de défense de la part du patient, accroissant son état d'agitation et étant, d'autre part, susceptible de conduire à des lésions supplémentaires en cas de chute que le sanglage ne peut pas éviter. Le TA relève que Mme X est restée sous la surveillance d'une aide-soignante qui est restée en permanence dans la pièce où elle avait été installée.

Dans ces conditions, la chute dont Mme X a été victime ne peut pas être regardée comme étant imputable à une faute commise par le CH Y.

➤ Fugue et décès du patient

➤ TA DE MELUN 04/05/2012

M. X était porteur d'une pathologie neurologique sévère et double, en l'espèce une maladie de Parkinson très rapidement évolutive et un état démentiel rentrant dans le cadre d'une maladie apparentée à la maladie d'Alzheimer. M. X a été hospitalisé à la demande de son épouse en service de moyen séjour du CH Y, le 21 novembre 2005, dans l'attente d'une place en long séjour. M. X souffrait de désorientation spatio-temporelle sans présenter de trouble psychiatrique grave justifiant son placement dans un service de psychiatrie.

M. X s'est enfui du service de moyen séjour le 19 avril 2006 et n'a jamais été retrouvé.

Il est constant que M. X avait fait des tentatives de fugue lors d'un précédent séjour en hospitalisation. Le service de moyen séjour du CH Y s'agissait d'un service en milieu ouvert où des consignes particulières de surveillance étaient difficiles à mettre en œuvre d'autant que le service accueille en permanence quatre à cinq malades atteints des mêmes symptômes que M. X. Toutefois, le TA relève que des consignes orales ont été données aux agents du service.

Le TA retient que les premières recherches ont été entreprises dans le service même puis aux alentours, moins d'une demi-heure après la constatation de la disparition de M. X ; que ce court délai atteste bien de la réelle surveillance dont faisait l'objet M. X ; que la totalité du personnel disponible du service a participé aux recherches dans les deux heures qui ont suivies ; que l'expert a conclu dans son rapport que « la prise en charge du malade en particulier en terme de surveillance est conforme aux usages et pratiques médicales, indemne de fautes ou négligences caractérisées ».

Le TA ne retient pas de manquement ou de responsabilité à l'encontre du CH Y.

➤ Agression entre résidents

➤ COUR DE CASSATION 1^{ERE} CHAMBRE CIVILE - 22/12/2011

M. X, pensionnaire de EHPAD Z, atteint de la maladie d'Alzheimer, a été frappé, au cours de déambulations nocturnes, par un autre pensionnaire, M. Y, souffrant de la même maladie, et qu'il a succombé à ses blessures.

Par un arrêt rendu en 2010, la Cour d'Appel a débouté les ayants-droit de M. X de ses demandes indemnitaires à l'encontre de l'EHPAD Z et a condamné les héritiers de M. Y (lui-même étant décédé) in solidum avec leur assureur à indemniser les ayants-droit de M. X.

L'assureur de M. Y s'est pourvu en cassation pour faire valoir que l'EHPAD Z, accueillant des patients atteints de la maladie d'Alzheimer, devait mettre en œuvre tous les moyens pour prévenir les risques découlant de la liberté d'aller et venir de ces patients.

Cet assureur faisait grief à l'arrêt rendu par la Cour d'appel de ne pas avoir retenu la responsabilité civile de l'EHPAD Z, alors qu'elle avait constaté que le personnel de l'EHPAD Z n'avait effectué que trois rondes sur les cinq prévues par le protocole institutionnel et constaté que l'accident était survenu dans l'heure suivant la troisième ronde, ce dont il résultait que M. Y avait pu porter des coups mortels à M. X sans que cette agression n'alertât personne, la victime ayant été découverte gisant sur le sol.

La Cour de cassation va rejeter ce pourvoi au motif que la Cour d'appel a constaté que si M. Y avait été hospitalisé auparavant suite à des problèmes d'agressivité, il n'était pas établi qu'il eût présenté un tel comportement à l'égard des autres pensionnaires depuis son arrivée dans l'EHPAD Z ; que l'établissement était apte à recevoir des personnes atteintes des pathologies dont souffrait l'auteur et la victime et que, si un protocole institutionnel prévoyait cinq rondes par nuit alors que trois seulement avaient été effectuées la nuit en question, rien n'indiquait que les faits se fussent déroulés à l'heure auxquelles elles auraient dû avoir lieu, puisque, lors de la dernière ronde entre quatre et cinq heures du matin, avant la découverte du corps de M. X à six heures, ce dernier prenait une collation dans sa chambre tandis que M. Y dormait dans la sienne.

➤ Surveillance lors d'une sortie thérapeutique

➤ COUR DE CASSATION / CHAMBRE CRIMINELLE 06/03/2012

Décès par noyade de l'enfant X, âgé de 6 ans et souffrant d'autisme au cours d'une sortie thérapeutique organisée par un hôpital psychiatrique. L'enfant X a échappé à la surveillance de deux éducateurs spécialisés et d'une IDE, chargé de l'encadrement d'un groupe de quatre enfants âgés de 5 à 7 ans souffrant de troubles psychomoteurs.

La Cour de Cassation confirme l'arrêt rendu par la chambre appels correctionnels, retenant que les éducateurs et l'IDE avaient commis une faute caractérisée ayant exposé l'enfant X à un risque d'une particulière gravité. En l'espèce, il est reproché aux professionnels « expérimentés qui suivaient l'enfant depuis deux ans et connaissaient toutes les caractéristiques de son comportement, de ne pas avoir anticipé les dangers inhérents à leur activité. En effet, les juges retiennent qu'ayant effectué des sorties dans cet endroit dangereux, le personnel ne pouvaient ignorer que la proximité du lac dont l'accès n'était pas protégé constituait un risque d'une particulière gravité, notamment pour un enfant souffrant d'autisme ; que les intéressés ont fait sortir les enfants du véhicule qu'ils venaient de stationner sans s'assurer de la prise en charge de l'enfant X, deux d'entre eux étant restés sur place pour régler un problème de fonctionnement de la portière du véhicule, tandis que le troisième se dirigeait vers l'aire de jeu en compagnie des autres enfants ; que lors de la découverte de la disparition de l'enfant X, les personnels n'ont pas centré leurs recherches vers le lac et n'ont pas été en mesure d'intervenir à temps pour le sauver ».



www.sham.fr



PARTAGEONS PLUS QUE L'ASSURANCE