

Sommaire

☎ Liberté d'aller et venir en établissement :

- 2^{ème} partie : La liberté d'aller et venir dans un établissement : **p.2**
 - 1- Conditions favorables à la liberté d'aller et venir
 - 2- Comment accompagner l'usager dans l'exercice de ses libertés ?
 - Les obligations réglementaires
 - Le niveau individuel

☎ Statistiques RhônALMA 2005 - extrait du rapport d'activité 2005 de RhônALMA **p.7**

Le mot de la coordinatrice

Le 15 juin 2006 a vu naître la première journée mondiale pour la prise de conscience de la maltraitance des personnes âgées. Cette première, organisée par l'INPEA¹, a été coordonnée en France par ALMA France. De nombreux centres d'écoute ALMA ont profité de cette journée pour communiquer et faire avancer ainsi la prise de conscience de la maltraitance des personnes âgées. RhônALMA est notamment intervenu sur RCF², Radio Chrétienne de France, dans l'émission "A votre service". Nous tenons à les remercier pour nous avoir donné la possibilité de nous exprimer sur leur antenne à l'occasion de cette première journée mondiale, et d'avoir ainsi pu sensibiliser un grand nombre de gens.

Pour finir, nous vous souhaitons une très bonne lecture de ce nouveau numéro du bulletin RhônALMA Info, et vous invitons à nous faire part de vos commentaires et questions à rhonalma@tiscali.fr

Bel été à tous,

Sabrina LOISON
Coordinatrice RhônALMA

Merci aux personnes qui ont accepté de participer à l'élaboration de ce bulletin ;
Merci à tous les bénévoles et salariés qui s'impliquent avec dynamisme au sein de RhônALMA ;
Merci au réseau ALMA Form, Merci à ALMA France,
Merci à l'ensemble de nos partenaires financiers,
Pardon à tous ceux que nous aurions oubliés.

Si vous désirez participer à la vie de ce journal ou le recevoir (participation aux frais de 5,00 € demandée à l'année pour deux numéros), contactez-nous au 04.72.61.87.12 ou à rhonalma@tiscali.fr

Responsable de la publication : F. CATTENAT
Responsable de la rédaction : S. LOISON
Rédacteurs : Anne-Lise, Bertrand, Elisabeth, Frédérique, Sabrina.

¹ INPEA : International Network for the Prevention of Elderly Abuse ; www.inpea.net

² RCF : www.rcf.fr

Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux

La liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux est un thème de réflexion riche et complexe qui nous semblait difficile d'appréhender en un seul article. De plus, ce thème très général regroupe différents niveaux de questionnement :

« La liberté d'aller et venir est une composante de la liberté individuelle et elle est inhérente à la personne humaine. La liberté d'aller et venir d'une personne hospitalisée dans un établissement sanitaire ou accueillie dans un établissement médico-social ne doit pas être entendue seulement comme la liberté de ses déplacements à l'intérieur de l'établissement, mais aussi comme la possibilité pour elle de mener une vie ordinaire au sein de l'établissement qu'elle a elle-même choisi. »³

Nous avons donc opté pour une série d'article abordant :

- la liberté d'entrer ou non dans un établissement sanitaire et/ou médico-social ;
- la liberté d'aller et venir à l'intérieur de l'établissement sanitaire et/ou médico-social ;
- la contention.

Loin d'avoir la prétention d'apporter des solutions "toutes faites", notre objectif est de fournir au lecteur des pistes de réflexion. L'équipe de RhônALMA pense en effet que l'un des meilleurs garants du respect de la liberté et de l'humanité de chacun est d'alimenter une réflexion constante sur ces sujets.

II. La liberté d'aller et venir à l'intérieur d'un établissement

Nous partons ici du constat que la liberté d'aller et venir au sein des institutions médico-sociales peut être préservée, si ces dernières ne se laissent pas scléroser par des principes de précaution ou faute de moyen. Le développement d'une culture d'accompagnement ayant pour noyau le respect de la personne accueillie, se présente comme étant la démarche à adopter. En France, les chiffres sont éloquentes : 15% des personnes vivants en institution ont l'interdiction de sortir ; 20% des résidents franchissent assez souvent et sans aide le seuil de leur établissement ; et 55% ne jouissent pas pleinement de leur liberté d'aller et venir.

Après un éclairage sur les causes liées à l'institution elle-même (architecturale, organisationnelle, sécuritaire...), nous exposerons les ressources existantes pour le respect de ces libertés.

I. Conditions favorables à la liberté d'aller et venir

1) Architecture et organisation

De l'hospice au V120, en passant par les legs de châteaux ou de couvents, jusqu'aux foyers logements réhabilités en EHPAD, les établissements médico-sociaux opèrent une mutation plutôt lente vers la réflexion sur l'agencement de leurs « fondations », à l'image de la politique vieillesse de notre état, très loin des évolutions de ses propres vieux. Depuis quelques années maintenant, les réflexions architecturales et organisationnelles s'articulent enfin à la question centrale : comment adapter nos établissements aux publics qu'ils accueillent et non l'inverse ?

Optimiser la fonctionnalité des locaux et l'efficacité des organisations peut participer à garantir la qualité de l'accompagnement et des services proposés aux usagers, soutenir leur liberté d'aller et venir, et faciliter les missions des professionnels. Il est donc nécessaire de penser l'aménagement de l'immatériel tout comme du matériel, en adéquation avec les caractéristiques des personnes accueillies. Pour exemple, le choix des couleurs des revêtements, de l'agencement des lumières, de la présence d'horloges ou de calendriers favorise

³ Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligation de soins et de sécurité - Conférence de consensus - Paris, 24 et 25 novembre 2004 - Textes des recommandations.

le repérage et permet aux personnes atteintes de troubles de l'orientation spatio-temporelle de pouvoir circuler.

2) Médical et sécurité

Les motifs thérapeutiques sont souvent avancés pour justifier la restriction de l'espace de circulation d'une personne. Difficulté ou impossibilité à la marche, agressivité, chutes fréquentes... Autant de causes identifiées comme étant la raison de leur confinement en fauteuil, dans leur chambre ou dans le « meilleur » des cas, en salle commune. Or, le diagnostic médical ne doit pas à lui seul engager une restriction de liberté. Notons que les nouvelles orientations de la conception du handicap expriment l'idée que l'incapacité générée par un dysfonctionnement ne prend sens qu'en relation à son environnement. La logique sécuritaire sous tendue par les précautions médicales, parfois erronées, ne doit en aucun cas justifier l'absence de droit. La sécurité ne prime pas sur la liberté ; comment concilier ces principes apparemment opposés ? Il n'est de sécurité légitime que celle qui est mesurée et partagée par les deux parties : institution / personne concernée. La prise de risque se doit d'être discutée, évaluée et partagée. De plus, certaines études démontrent avec force l'accélération des pertes de capacités, par exemple lorsque la marche n'est plus stimulée. Allain Villez souligne : « les risques accidentels susceptibles d'engager plus facilement la responsabilité des personnels ont tendance à être surévalués. A l'inverse, les risques de perte d'intégrité physique, sociale... des personnes sont minimisées. »⁴

II. Comment accompagner l'usager dans l'exercice de ses libertés ?

A- Les obligations réglementaires

Une nouvelle conception de la responsabilité amène à valoriser le principe de précaution. Les droits issus de la loi du 2 janvier 2002 sont parfois difficilement conciliables.

L'accompagnement des droits des personnes âgées dans un établissement est donc une nécessité bien qu'il s'avère d'une très grande complexité.

Ainsi, comment concilier l'impératif pour les structures d'assurer la sécurité des résidents et de préserver l'expression de la liberté ?

Ainsi, comment les structures peuvent-elles concilier ces deux impératifs que sont l'assurance de la sécurité des résidents et la préservation de l'expression de la liberté ?

Les personnes âgées ont plusieurs moyens de pouvoir affirmer leurs droits dans les établissements d'accueil :

➤ A l'admission :

- ✓ Afin de pouvoir exprimer un consentement « éclairé » pour son entrée dans l'établissement, la personne âgée et sa famille ont droit à une information « claire et loyale ».
Le livret d'accueil décrit la situation géographique, les équipements et les moyens d'accès.
Il présente l'organisation générale et les prestations offertes.
La personne âgée trouvera dans le livret les modalités d'admission et de séjour ainsi que le mode de vie offert dans l'établissement.
- ✓ Le contrat de séjour : il définit les objectifs et les composants de l'accompagnement.
L'ensemble des prestations offertes doit y être mentionné. Le contrat définit les conditions

⁴ Allain Villez ; Oser promouvoir la liberté d'aller et venir des usagers, in Actualités Sociales Hebdomadaires ; Janvier 2005 ; n°2390 ; p.31

d'accueil et les modalités financières. La durée du contrat de séjour y est clairement inscrite ainsi que les conditions de résiliation.

➤ Lors du séjour :

✓ Le règlement de fonctionnement :
Il est lui aussi obligatoire dans tous les établissements sociaux. Il reprend le projet d'établissement et définit les droits des personnes accueillies et les obligations et devoirs nécessaires au respect des règles de la vie collective. Le règlement doit être soumis pour consultations au personnel et aux usagers. Il est établi pour une durée maximale de 5 ans et doit être diffusé à tous les intervenants dans l'établissement.

✓ Le conseil de vie sociale :
Depuis la loi de 1975, dans les établissements sociaux et médico-sociaux, « les usagers et les personnels sont obligatoirement associés au fonctionnement de l'établissement ». En 1991, l'obligation est de créer des « conseils d'établissement ». C'est un décret du 25 mars 2004 qui détermine les modalités du « conseil de vie sociale ». Il souligne la volonté de participation des personnes âgées dans l'institution.

Il doit se composer de représentants des résidents, des familles, des personnels, et de l'organisme gestionnaire.

C'est un lieu d'information et d'échanges, il permet d'émettre des avis sur la vie quotidienne, l'organisation interne, l'animation et la vie culturelle et de faire des propositions. Il offre la possibilité d'interpeller les pratiques et de questionner les projets de l'établissement.

Un certain nombre d'outils est donc disponible pour permettre l'exercice des droits des usagers. Pour ceux qui désirent approfondir ces questions, il est conseillé de lire l'ouvrage de Jean-Marc Lhuillier « le droit des usagers dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux » 2^{ème} édition Ed. ENSP.

B - Le niveau individuel

1) Evaluation des capacités

Les capacités altérées (motrices, sensorielles, cognitives ou mentales) doivent être évaluées afin d'envisager les compensations possibles (déambulateur, fauteuil roulant, appareillage auditif...) - rappelons qu'une déficience correctement compensée (aménagement de l'environnement, aide technique) ne conduit pas forcément au handicap.

Même lorsque ces capacités sont sévèrement diminuées, il faut tendre vers la récupération ou tout au moins le maintien au maximum de ces capacités, ce qui suppose leur stimulation, leur mise en exercice.

Mais l'évaluation de la personne consiste également à estimer les capacités préservées, voire à mettre en valeur le potentiel inexploité de la personne. C'est sur ces capacités que l'on pourra s'appuyer pour l'accompagner dans l'exercice de sa liberté.

Il est également nécessaire d'évaluer les besoins et de prendre en compte les souhaits de la personne.

La mise en place des aides humaines et techniques doit intégrer l'ensemble des éléments de cette évaluation.

2) Evaluation des risques

L'évaluation du risque doit reposer sur un principe de prévention individuelle et non sur un principe de précaution en général.

Une fois le risque d'ordre physique et/ou psychique objectivement identifié et évalué, des réponses concrètes visant à préserver l'exercice de la liberté doivent être recherchées.

La balance entre les risques réellement encourus par la liberté d'aller et venir, dans et hors de l'établissement, et les risques d'aggravation de l'état de santé, conséquence du confinement, doit être évaluée par l'équipe de professionnels de l'institution.

Cette évaluation doit être renouvelée aussi souvent que nécessaire.

Toute restriction d'aller et venir n'est envisageable que si son bénéfice l'emporte sur les risques éventuels induits par le maintien de cette liberté.

3) Centration sur la personne

L'élaboration d'un projet de vie individualisé permet de définir pour chaque personne, les conditions d'exercice de la liberté d'aller et venir, en fonction des besoins et attentes de la personne, de ses capacités et des possibilités de compensation de ses déficits, notamment par un programme de soutien individuel et collectif.

L'objectif de ce projet est d'améliorer les conditions et la qualité de vie de la personne, notamment en préservant au maximum ses relations humaines et sociales.

Cela peut nécessiter l'acceptation d'une prise de risque afin de favoriser l'autonomie et la participation de la personne à la vie sociale.

4) Identification des réponses possibles et alternatives

Il s'agit d'identifier les ressources disponibles aussi bien les capacités restantes (ou à développer) de la personne, que les ressources extérieures (techniques, humaines, institutionnelles, familiales...). L'aspect relationnel et humain doit toujours être privilégié.

5) Dialogue pluridisciplinaire

Il doit impliquer tous les intervenants à la fois témoin et acteur de la réalité humaine de la personne âgée. Cela permet notamment de dépasser l'approche strictement médicale pour prendre en compte la personne humaine dans sa globalité.

La privation de liberté apparaît bien souvent comme la seule solution à une situation insuffisamment analysée. Le dialogue pluridisciplinaire, sans résoudre toutes les situations, permet de proposer de nouvelles pistes d'accompagnement et de prendre la meilleure décision possible pour le bien être du résident.

6) Importance des réévaluations

Nous l'avons vu précédemment, le travail pluridisciplinaire permet d'avoir une vision plus riche, nous en arrivons maintenant à la dernière étape de la démarche : l'étape de la décision.

Il faut souligner l'importance, à cette étape, de la recherche du consentement ou à défaut s'assurer de la compréhension de la personne quant à la décision prise. Pour cela, il est essentiel d'impliquer les familles et les proches dans l'étape de la décision.

Outre la nécessité éthique, il s'agit de s'assurer de la compréhension et de l'appui des familles dans l'application des décisions prises, ce qui est une condition de la réussite de l'accompagnement de la personne.

L'application de la décision prise en collégialité doit faire l'objet de beaucoup de vigilance de la part des personnels ainsi que des cadres de l'institution. Elle doit toujours être portée par un référent qui devra s'assurer de son application concrète.

Ce référent aura également en charge de mener des réévaluations régulières de la situation.

Ces dernières sont construites sur les mêmes bases que l'évaluation initiale mais elles ne s'inscrivent pas dans la même démarche.

L'évaluation initiale permet de fournir un socle de base, à partir duquel on va tenter de décrypter la situation et les réponses que l'on peut y apporter.

Les réévaluations viseront à mettre en évidence la tendance d'évolution de la situation.

Réévaluer nécessite du temps, et représente donc pour l'institution une étape difficile à intégrer.

C'est une difficulté importante dans l'institution en raison du temps que cela nécessite. Dans de nombreuses institutions, on considère que les réévaluations se feront "si nécessaire"

Cette approche a le défaut de placer l'institution dans un processus de réaction et non de prévention. On le sait, l'urgence tend à faire prendre des décisions plus radicales et donc moins protectrices pour la personne accueillie.

Nous pouvons conclure qu'une formule mixte serait plus adaptée : imposer des dates de mise à jour régulières, tout en laissant la liberté de réviser les décisions si la nécessité se fait sentir.

Ces mises à jour systématisées permettent au référent et aux équipes d'avoir une vision plus approfondie des situations et d'anticiper d'éventuels problèmes.

La question qui se pose ici reste le temps, mais dans beaucoup de domaines on sait que la prévention est un investissement souvent vite "rentabilisé".

Prendre le temps c'est sûrement en gagner.

Et pour compléter . . .

- 📖 CAUSSE D. "Liberté d'aller et venir dans les établissements médico-sociaux et obligation de soins et de sécurité." Actes de la conférence de consensus des 24 et 25 novembre 2004 ; Ed. ENSP
Disponible en ligne : www.anaes.fr
- 📖 BILLE M. " L'entrée en institution. Dernière mise en demeure."
Art. in *Gérontologie et société*;2005 ; N° 112 ; p. 63-72.
- 📖 RAYNAL FI. " Etablissements sanitaires et sociaux. Oser promouvoir le liberté d'aller et venir des usagers. " Art. in *Actualités Sociales Hebdomadaires* ; 2005 ; N°2390 ; p.31-31.

. . . et sont parus :

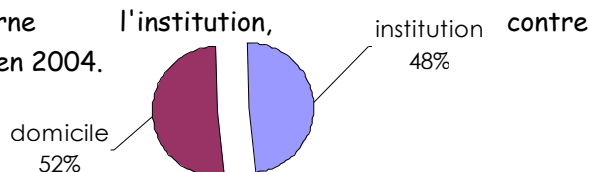
- 📖 GUINCHARD KUNSTLER P. " Mieux vivre la vieillesse : 100 Réponses aux questions des personnes âgées et de leur entourage." Ed. de l'Atelier ; 2006 ; 255 p.
- 📖 GUILLAUMOT P. " Le sujet âgé, ses proches et ses soignants."
Ed. Erès ; 2006 ; 158 p.

www.rhonalma.chez-alice.fr

Nous vous présentons ci-après un extrait du rapport 2005 de RhônALMA. Si vous souhaitez recevoir notre rapport d'activité où figure l'ensemble des statistiques établies en 2005 sur les appels que nous avons reçus, vous pouvez nous en faire la demande au 04.72.61.87.12 ou par courriel rhonalma@tiscali.fr

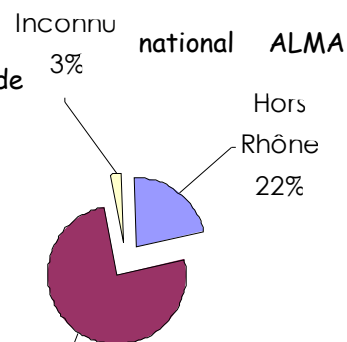
1. Répartition des dossiers en fonction du lieu où s'exerce la maltraitance

En 2005, on constate une augmentation des situations en institution. 48 % des appels concerne l'institution, contre 37 % en 2004.



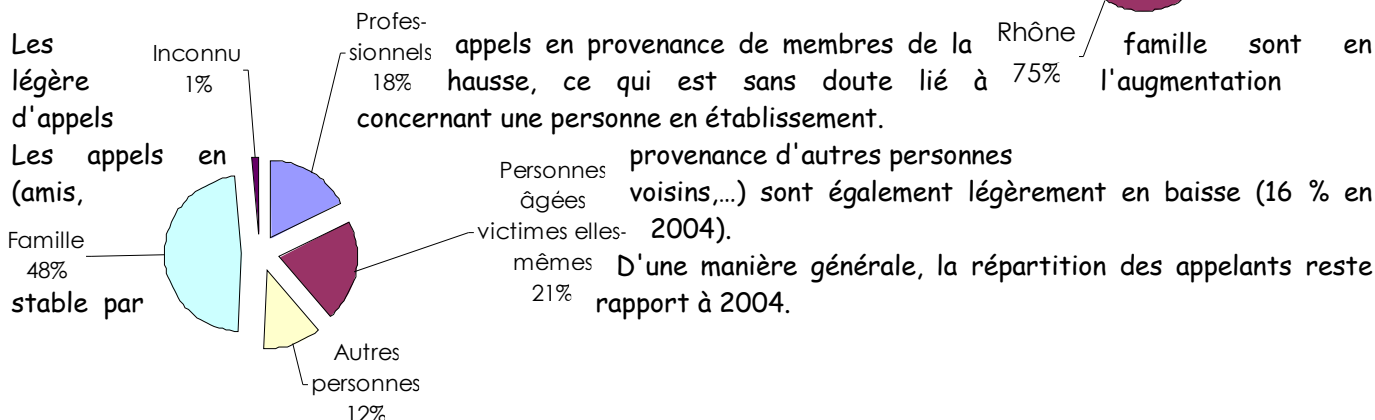
2. Origine géographique des appels

La provenance des appels reste identique à 2004 : la mise en place du numéro redirigeant les appelants vers les centres d'écoute disponibles n'apporte pas de différence pour ce qui est des appels hors département.



3. De qui proviennent les appels en général ?

Les appels en provenance de membres de la famille sont en hausse, ce qui est sans doute lié à l'augmentation concernant une personne en établissement. Les appels en provenance d'autres personnes (amis, voisins,...) sont également légèrement en baisse (16 % en 2004). D'une manière générale, la répartition des appelants reste stable par rapport à 2004.



4. LA MALTRAITANCE AU DOMICILE

Les principales maltraitances identifiées sont ici les maltraitances psychologiques, viennent ensuite les maltraitances financières. Il est à noter que celles-ci sont le plus souvent associées : l'une existe rarement sans l'autre.

Ce sont les femmes de plus de 80 ans qui sont majoritairement victimes.

Les victimes sont pour la moitié d'entre elles autonomes. On note cependant que la dépendance physique et /ou psychique constitue un facteur de risque important, puisque près de la moitié des victimes sont dépendantes physiquement et / ou psychiquement.

Ces situations se déroulent au domicile de la personne âgée pour 94 % des situations écoutées par RhônALMA.

Les personnes mises en cause sont principalement issues de l'entourage familial, et sont en majorité un enfant de la personne âgée.

Parmi les éléments favorisant l'apparition de maltraitements au domicile, on relève :

- les relations familiales difficiles, vieille histoire,
- la maladie, la dépendance physique et / ou psychique,
- le manque de communication, d'écoute, et de parole,
- les difficultés sociales, les problèmes financiers,...

5. LA MALTRAITEMENT EN INSTITUTION

En institution, ce sont les négligences qui sont le plus représentées, viennent ensuite les maltraitements civiques.

Comme au domicile, ce sont les femmes âgées de plus de 80 ans qui sont le plus victime.

On note que seul 21 % des victimes en institution sont des majeurs protégés ; 67% sont dépendantes physiquement et /ou psychiquement.

Les appels concernant ces situations proviennent principalement des enfants des personnes âgées, ils mettent cause les services de manière collective, et citent souvent les directions des établissements.

Les éléments favorisant l'apparition de maltraitements en institution mis en avant par les appelants sont :

- le manque de communication, d'écoute et de parole entre l'institution, l'usager et les familles,
- les difficultés de gestion du personnel,
- les dysfonctionnements de l'établissement.
-

Quelques conférences et colloques pour le 2ème semestre 2006

CONFERENCES	CONTACTS
MONTPELLIER - 30 novembre et 1er décembre 2006 - CIPPEG 2006 : 5ème colloque interdisciplinaire pluriprofessionnel de prévention et d'évaluation en gérontologie. Professionnels	Alliance Médicale Scientifique - 04.67.61.94.14
LYON - CH St Jean de Dieu - participation gratuite - pas d'inscription préalable. ➤ 10 octobre 2006 : Colloque - Vieillesse et folie : images de patients, patients à imaginer. Pratique du photolangage en gérontopsychiatrie. ➤ 14 novembre 2006 : Colloque - Démences, éthiques et décisions anticipées. ➤ 10 décembre 2006 : Colloque - Domicile-poubelle ou Syndrome de Diogène : choix de vie ou maladie.	CH ST JEAN DE DIEU Fédération de Gérontopsychiatrie Rive Droite et Rive Gauche. N. Guillermin - T. 04.37.90.12.01 nguillermin@ch-st-jean-de-dieu-lyon.fr ou L. FABRE - T. 04.37.90.12.69
LYON -24 avril 2007 Journée régionale de gérontologie (thème à définir).	Société Rhône-Alpes de Gérontologie - c/o CRIAS T. 04.78.62.98.24 P. GENTON