

UNIVERSITE RENE DESCARTES (PARIS V)

Faculté de Médecine Cochin-Port Royal

**Conflit entre respect de la vie privée de la
personne âgée et la protection des faibles en
EHPAD :
Réflexion à partir d'un cas concret**

Par

Mlle Amélie REMY

Née le 25/02/1978 à Fontainebleau (77)

**Mémoire pour le DIU de
Médecin coordonateur en EHPAD**

Année universitaire 2009/2010

Directeur de mémoire : Dr Khadija BRULON

Remerciements

A Madame le Docteur Khadija BRULON, amie et mentor, pour sa disponibilité et sa patience. Merci de m'avoir guidée tout au long de ma vie d'étudiante, pendant mes débuts de médecin et durant la préparation de ce mémoire.

A toute l'équipe de l'EHPAD de Rozay-en-Brie, pour leur participation active dans la recherche d'une solution à cette question et leur soutien quotidien dans le travail

A Mme Anne-Sophie Rigaud et à tous les autres professeurs du DIU, toute ma reconnaissance pour cette formation et les précieux conseils qui m'ont déjà permis de mieux m'investir dans mon rôle de médecin coordonnateur.

Aux membres du Conseil de l'ordre des médecins et de LA DASS, pour leurs réponses franches et rapides lors de mes recherches.

A Aurélien, toujours mon meilleur soutien, à tous ces moments de tension qu'il a su calmer avec amour.

A ma petite sœur Amandine, pour ses judicieuses remarques.

A mes parents, sans qui je n'aurais jamais pu me lancer dans cette aventure.

A ma famille, qui m'accompagne et me soutient depuis le début de mes études.

A Kim, Clotilde, Sylvaine et Rima, Magali, pour les soirées passées et à venir, moments importants dans la gestion du stress des études.

A Caroline STEINMETZ et Christine MALCUIT, collègues et amies.

A tous les médecins généralistes qui ont apportés leur aide dans mes démarches.

Conflit entre respect de la vie privée de la personne âgée (dignité de la personne) et la protection des faibles en EHPAD : Réflexion à partir d'un cas concret

I : Description du cas clinique et du problème qu'il soulève.....	p.005
Ia : La situation.....	p.005
Ib : Le problème.....	p.007
Ic : Le conflit et les questions.....	p.008
II : Méthodologie.....	p.009
IIa : Recueil des informations.....	p.009
IIb : Recherche bibliographique.....	p.009
IIc : Analyse et résultats.....	p.010
III : Obligation de l'EHPAD de protéger ses résidents.....	p.011
IIIa : Le droit à la sécurité du point de vu international.....	p.011
IIIb : Le droit à la sécurité pour la personne âgée en France.....	p.012
IIIc : Le droit à la sécurité en EHPAD.....	p.013
IV : Le respect de la dignité de la personne âgée accueillie et de ses droits.....	p.016
IVa : Définition.....	p.016
IVb : Textes internationaux en rapport avec le respect de la dignité de la personne...	p.017
IVc : Textes en rapport avec le respect de la dignité de la personne en EHPAD.....	p.019
V : Conseils des différentes sources sollicitées.....	p.023
VI : Les motivations.....	p.026
VIa : La crainte des sanctions.....	p.026
VIb : L'éthique.....	p.027
VII : Analyse et réflexions.....	p.028
VIII : Conclusion et rôle du médecin coordonnateur.....	p.030
VIIIa : Le raisonnement.....	p.030
VIIIb : La place du médecin coordonnateur.....	p.032
VIIIc : En résumé.....	p.034
IX : Epilogue.....	p.035
Bibliographie.....	p.036

INTRODUCTION

Vivre en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) entraîne une modification nécessaire des certaines habitudes de vie, liée aux contraintes d'une vie en communauté souvent éloignée du cadre habituel de la personne accueillie (le plus souvent veufs, ayant investi son logement en célibataire depuis plusieurs années, avec un rythme de vie propre) et au changement dans la manière d'aborder le quotidien impliqué par leurs nouveaux besoins et la manière dont ce nouvel environnement tente de s'y adapter. Ce nouveau mode de vie requiert donc de nouvelles règles afin de permettre au résident de bénéficier de l'aide, des soins et de la protection pour lesquels il est venu dans l'établissement, tout en conservant sa dignité et ses droits fondamentaux. Hors, il arrive que certaines de ces valeurs entrent en contradiction, soulevant un lourd problème sur la conduite à tenir par les membres du personnel.

Ce mémoire propose une réflexion sur un cas concret rencontré dans une EHPAD de Seine-et-Marne, où les mesures envisagées pour la protection des personnes hébergées se heurtaient au nécessaire respect de l'intimité d'une résidente. L'éthique en EHPAD est un sujet trop vaste pour pouvoir faire des généralisations à partir d'un cas particulier. Le but de ce mémoire est de montrer le déroulement des interrogations et des mesures prises par le personnel de l'EHPAD, en toute connaissance de ses obligations morales et légales, ainsi que leurs conséquences dans une situation donnée, afin d'en dégager les éléments essentiels qui pourront guider le personnel de l'EHPAD dans sa réflexion face à d'autres situations conflictuelles.

CHAPITRE I : Description du cas clinique et du problème qu'il soulève

Ia : La situation

La situation étudiée concerne une résidente, Mme Z., 86 ans, arrivée à contrecœur il y a 3 ans dans un établissement accueillant 81 personnes âgées dépendantes suite à un accident vasculaire cérébral ayant entraîné une perte d'autonomie motrice, rendant entre autre l'utilisation d'un fauteuil roulant nécessaire. Mme Z. n'avait aucun syndrome démentiel, elle était parfaitement autonome avant son accident, ayant élevé seule ses enfants et décrite comme très volontaire par l'un de ses fils.

Malgré les nombreuses activités proposées et la présence d'autres personnes capables d'échange parmi les résidents, Mme Z. restait une personne solitaire, parfois agressive qui refusait tout contact et passait le plus clair de son temps enfermée dans sa chambre.

Sans jamais exprimer directement son rejet de l'établissement, cette situation de souffrance morale la poussait à ne communiquer qu'à travers la plainte organique (douleur abdominale, lombalgie...), décrite comme intense et brutale et ayant conduit de nombreuses fois ses différents médecins ou les soignants à faire appel aux urgences. Aucune pathologie organique ne pouvant expliquer ces douleurs selon les explorations effectuées à plusieurs reprises, Mme Z. revenait dans l'établissement au même point qu'à son départ. Ce rapport douloureux avec les membres de l'EHPAD épuisait le personnel et les intervenants extérieurs (Mme Z. a changé plusieurs fois de

médecin, chaque nouveau médecin finissant par se désespérer de sa prise en charge).

Pour diverses raisons qui n'ont pas été précisées à l'établissement, Mme Z. avait perdu presque tout contact avec la majorité de sa famille, n'entretenant de relation qu'avec un de ses fils. Ce dernier contact n'était d'aucune aide pour l'intégration de Mme Z. à l'établissement car la culpabilité qu'éprouvait son fils à voir Mme Z. en maison de retraite était exacerbée par ses plaintes répétées (souvent par téléphone), ce qui conduisait son fils à diaboliser l'établissement devenu la source de tous ses maux. Refusant toute confrontation, son fils ne communiquait que par courrier recommandé et uniquement pour se plaindre des mauvais soins prodigués à sa mère souffrante, il ne répondait jamais au téléphone et ne rappelait jamais malgré les messages laissés sur le répondeur. Il n'allait jamais chercher les courriers recommandés qui lui étaient envoyés et ne venait en visite que rarement et aux moments qu'il savait être opportuns pour éviter les responsables de l'établissement.

Mme Z. était donc une résidente acculée dans un isolement affectif et social qui fragilisait grandement sa situation. La lassitude, voire le rejet, qu'elle suscitait pouvant conduire le personnel à envisager, face à un problème, un raccourci dangereux.

Ib : Le problème

La difficulté de sa prise en charge s'est accentuée lors de la découverte fortuite de morphinique sur sa table de nuit.

Malgré la connaissance du fonctionnement de l'établissement, clairement expliqué à Mme Z. et à son fils lors de la visite de pré-admission, le fils de Mme Z. apportait régulièrement des médicaments à sa mère (soit directement, soit par courrier), sans prévenir les soignants et sans tenir compte des risques iatrogènes. Différents antalgiques et traitements pour les troubles du transit avaient déjà été retrouvés de la même manière, laissés en évidence dans la chambre. Ces traitements avaient déjà probablement joué un rôle dans les nombreux séjours aux urgences de Mme Z. par leur mauvaise utilisation, accentuant ses douleurs et ses troubles. Malgré plusieurs tentatives, le personnel de l'EHPAD restait dans l'incapacité de faire entendre raison à Mme Z. et à son fils.

Un niveau d'angoisse supérieur pour le personnel a été atteint suite à cette découverte car les morphiniques, dangereux, ne doivent jamais circuler librement dans l'établissement. Ils sont gardés dans une armoire sous clef et rigoureusement contrôlés, les infirmières de l'EHPAD étant responsables de leur distribution.

Ic : Le conflit et les questions

Cette situation entraînait un risque aussi bien pour la vie de Mme Z., qui recevait des morphiniques sans aucun contrôle, que pour celle des autres résidents qui pouvaient avoir accès par accident à ces médicaments, soit lors des passages de Mme Z. dans les salles communes, soit lors d'intrusion fortuite de certains résidents désorientés dans la chambre de Mme Z.

La protection des résidents, Mme Z. incluse, imposait donc de prendre des mesures visant à stopper le plus rapidement possible la libre circulation de la morphine. Toute communication ayant échouées auparavant, l'une des solutions d'urgence proposée consistait à fouiller systématiquement la chambre et le courrier de Mme Z. et à saisir l'objet du conflit. Mais cette conduite allait à l'encontre du droit à la vie privée de Mme Z., dont la chambre, en tant que nouveau domicile, doit rester un lieu où l'intimité est préservée.

Cette opposition des obligations que l'EHPAD doit à ses résidents souleva alors de nombreuses questions : Existe-t-il des réponses qui concilient les devoirs dus aux différents partis ? Sinon, l'un des droits prime-t-il sur l'autre ? Si oui, lequel ? Etc...

CHAPITRE II : Méthodologie

IIa : Recueil des informations

Les informations concernant cette histoire, les réflexions qui en ont découlées ainsi que les mesures prises ont été recueillies soit directement lors d'entretien avec la résidente ou son fils, ainsi qu'avec les membres du personnel de l'EHPAD et le médecin traitant, soit lors de réunions de synthèse.

IIb : Recherche bibliographique

La recherche documentaire s'est basée sur différentes sources : Une sélection de publication a été faite sur la base bibliographique MEDLINE. Les termes utilisés et croisés ont été « maison de retraite », « EHPAD », « vie privée », « protection », « personne âgée », « sécurité », « soins en institution », « qualité de vie », « maltraitance » Cette recherche a été complétée sur le Système Universitaire de Documentation (SUDOC), ainsi que par la lecture de références trouvées dans les documents sélectionnés par la méthode citée ci-dessus.

IIc : Analyse et résultats

L'analyse des résultats ainsi obtenus et les conclusions qui en ont été tirées sont le fruit de réflexions tenues en équipe (équipe composée du personnel de l'EHPAD, du médecin traitant et de moi-même), orientées par les conseils obtenus auprès d'autorités compétentes (LA DASS, le Conseil de l'Ordre des médecins, les responsables du DIU de médecin coordonnateur) ensuite mis en forme pour le mémoire. Une relecture du contenu et du raisonnement a été effectuée par le Dr Khadija BRULON, médecin coordonnateur en EHPAD.

CHAPITRE III : Obligation de l'EHPAD de protéger ses résidents

IIIa : Le droit à la sécurité du point de vue international

Le droit à la sécurité est reconnu comme un droit fondamental dans de nombreux textes dépassant le cadre institutionnel de l'EHPAD, à commencer par la déclaration universelle des droits de l'homme du 10 décembre 1948 : Article 3 « Tout individu a droit à la vie, à la liberté et à la sûreté de sa personne. » On retrouve ces mêmes principes dans la Charte des droits fondamentaux de l'Union Européenne : Article 6 « Toute personne a droit à la liberté et à la sûreté. » Le préambule de cette Charte rappelle à chacun que ce droit ne pourrait s'appliquer sans le respect de certaines règles : « La jouissance de ces droits entraîne des responsabilités et des devoirs tant à l'égard d'autrui qu'à l'égard de la communauté humaine et des générations futures. » La recherche de la sécurité fait partie des besoins que l'homme essaye naturellement de combler (en se construisant un foyer, une famille, un réseau de relation sociale, par la recherche d'une protection...), c'est un droit qui ne peut être refusé quelque soit l'individu concerné. Ces textes sont là pour nous rappeler que ces droits sont universellement reconnus.

Si la réalité de la vie en EHPAD est effectivement qu'un grand nombre de personnes admises ont vu leurs capacités physiques et mentales diminuer d'une manière plus moins importante, rendant parfois difficile l'application de leurs droits et allant jusqu'à la perte d'une partie d'entre eux via la mise sous tutelle, l'entrée en EHPAD ne doit en aucun cas être seule la cause d'une réduction des droits fondamentaux des personnes, quelque soit leur âge.

IIIb : Le droit à la sécurité pour la personne âgée en France

La vieillesse n'est pas une maladie, cependant, elle reste un facteur de risque de perte d'autonomie par l'apparition de faiblesses ou de pathologies rendant de nombreuses personnes âgées vulnérables. Cette situation peut les mettre dans l'incapacité de faire respecter leurs droits.

C'est afin que les personnes qui les entourent n'oublient pas que les personnes âgées conservent ces droits, même lorsqu'elles ne sont pas en mesure de s'exprimer clairement ou spontanément, que des textes ont été établis. Ces textes, fournis dans le livret d'accueil, rappellent au personnel des différentes institutions sa responsabilité dans la sécurité des personnes qui résident dans leur établissement.

On retrouve ainsi dans l'Article 7 de la « Charte des droits et libertés de la personne accueillie » : « Droit à la protection : [...] Il lui est également garanti le droit à la protection, le droit à la sécurité, y compris sanitaire et alimentaire, le droit à la santé et aux soins, le droit à un suivi médical adapté. ».

De même, le 13^e point de la « Charte de la personne âgée dépendante » indique : « Toute personne en situation de dépendance devrait voir protégés non seulement ses biens mais aussi sa personne. »

IIIc : Le droit à la sécurité en EHPAD

Une EHPAD a de nombreuses missions clairement identifiées dans l'arrêté du 26 avril 1999, décrivant en détail son cahier des charges. La responsabilité de l'EHPAD dans la protection des résidents y est mentionnée à plusieurs reprises :

« - Préserver un espace de vie [...] en garantissant un sentiment de sécurité, y compris contre les agressions éventuelles d'autres résidents ;
- Particulièrement avec les résidents présentant une détérioration intellectuelle, concilier une indispensable sécurité avec une nécessaire liberté. »
Toute conciliation nécessitant des efforts des différents partis, ce texte sous-entend donc qu'il est parfois nécessaire d'imposer des limites à certaines personnes afin d'en protéger d'autres, ainsi que le rappelle l'article L. 1111-1 de la loi Kouchner du 4 mars 2002 : « Les droits reconnus aux usagers s'accompagnent des **responsabilités** de nature à garantir la pérennité du système de santé et des principes sur lesquels il repose. » Cette même loi donne dans l'article L. 1110-1 le sentiment que l'établissement a tout pouvoir pour faire appliquer ces règles : « Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par **tous moyens disponibles** au bénéfice de toute personne. Les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes participant à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et **la meilleure sécurité sanitaire possible.** »

Ces limites ne sont pas nécessairement vécues comme négatives mais peuvent, au contraire, servir de point de repère à la personne qui entre en établissement et lui procurer, par des règles communes, un sentiment

d'appartenance à un groupe et de valorisation et ainsi nourrir son estime. Ainsi, dans « Le bien être de la personne âgée en institution » l'auteur nous explique (p.103) : « Quant à l'exigence de conformité à certaines normes ou usage institutionnels, [le résident] peut l'accepter dans ce cas comme une contrepartie des ressources identitaires liées à cette nouvelle appartenance. ». Ce qui peut s'illustrer par le schéma suivant (« Le bien-être de la personne âgée en institution », fig. p.96) :

Éliane Christen-Gueissaz

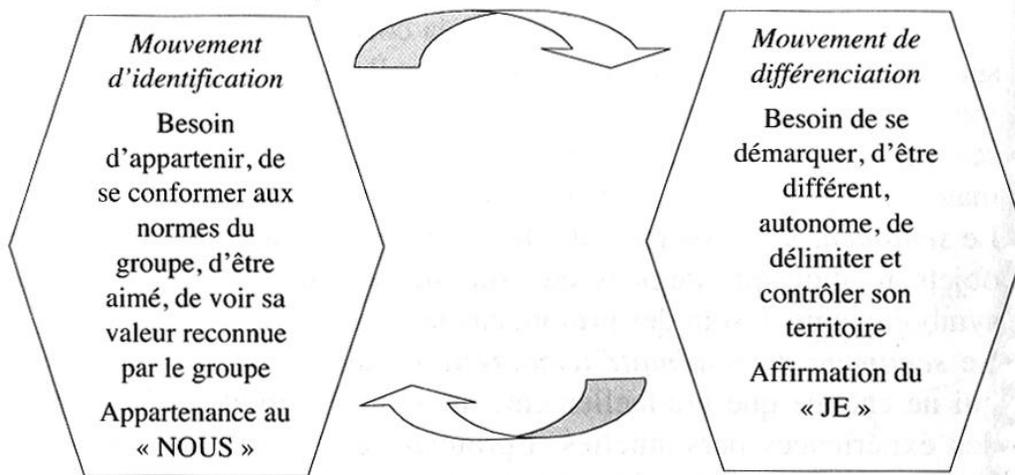


Figure 3-2. Mouvement d'identification et mouvement de différenciation.

Cette recherche d'un équilibre entre le sentiment d'appartenance au « Nous » et d'affirmation du « JE » permet d'affirmer son identité et se sentir en sécurité.

Dans cet esprit, il est donc tout à fait permis de prévenir les risques créés par un résident en limitant ses actions. La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale décrit ces mesures comme une

mission d'intérêt général et d'utilité sociale : « 1o Evaluation et prévention des risques sociaux et médico-sociaux, information, investigation, conseil, orientation, formation, médiation et réparation ». Dans le cas qui nous intéresse, les limites imposées à la résidente consistaient à ne pas introduire de médicaments, à plus forte raison de stupéfiants, dans l'EHPAD par un autre moyen que la prescription de son médecin et la délivrance par la pharmacie. Ces règles encadrant le parcours des médicaments dans l'EHPAD sont rappelées dans la loi du 31 mars 1999 :

- Art. 17. - Sauf accord écrit des prescripteurs mentionnés à l'article 2, il ne devra être mis ou laissé à la disposition des malades aucun médicament en dehors de ceux qui leur auront été prescrits et dispensés dans l'établissement. Les médicaments dont ils disposent à leur entrée leur seront retirés, sauf accord des prescripteurs précités

- Art. 20. - Les médicaments contenant des stupéfiants ne doivent être remis par le pharmacien ou les personnes définies à l'article 7 qu'au surveillant ou à la surveillante de l'unité de soins ou à un infirmier ou une infirmière conjointement désigné par le médecin responsable de l'unité de soins et le pharmacien ou le cas échéant au prescripteur lui-même.

L'acte de la résidente et de son fils est clairement identifié comme néfaste à sa sécurité, ainsi qu'à celle des autres résidents de l'EHPAD. De ce fait et d'après les différentes lois étudiées ci-dessus, il est de la responsabilité de l'EHPAD d'empêcher ces pratiques.

CHAPITRE IV : Le respect de la dignité de la personne âgée accueillie et de ses droits

IVa : Définition

La notion de dignité et de respect n'est pas toujours bien comprise par les personnes s'occupant des résidents, c'est pourquoi on assiste parfois à des comportements vécus comme irrespectueux par les résidents ou leur famille alors que la personne à l'origine de ce mal-être n'a pas le sentiment de se conduire de manière déplacée. Un exemple courant consiste à se montrer familier avec le résident en le tutoyant ou en l'appelant par de petits noms. Cette attitude, qui peut être une manière de montrer son affection à une personne proche, peut aussi être une façon de rabaisser une personne en état de dépendance et la priver d'une forme de dignité. On ne peut pas prendre en compte cette notion si elle n'est pas clairement assimilée par le personnel. C'est pourquoi il est toujours intéressant de revenir sur quelques définitions :

Définition dignité : Respect que l'on doit à quelqu'un ou quelque chose. *Dignité de la personne humaine* : Valeur particulière que représente l'humanité de l'Homme et qui mérite le respect. (Dictionnaire Hachette)

Définition de respect : Considération que l'on a pour quelqu'un et que l'on manifeste par **une attitude déférente envers lui**. Souci de ne pas porter atteinte à quelque chose (respect des lois, de la vie). (Dictionnaire Hachette)

On comprend ainsi que le respect d'une personne passe par la

préservation de son identité ce qui implique le maintien des règles de savoir-vivre que l'on applique spontanément hors des murs de l'EHPAD mais qui ont malheureusement parfois tendance à disparaître une fois entré dans l'établissement. Ces règles ne doivent pas s'évaporer aux portes de l'établissement. Le fait de préserver la dignité d'une personne lui confère de la valeur, ce qui est l'un des buts recherchés par ceux qui ont à cœur de prendre en charge les résidents dans les meilleures conditions possibles.

IVb : Textes internationaux en rapport avec le respect de la dignité de la personne

Tout comme le droit à la sécurité, les droits à la dignité et au respect sont des thèmes repris par de nombreux textes internationaux. On les retrouve dans la déclaration universelle des droits de l'Homme du 10 décembre 1948 :

Article 12 : Nul ne sera l'objet d'immixtions arbitraires **dans sa vie privée**, sa famille, **son domicile ou sa correspondance**, ni d'atteintes à son honneur et à sa réputation. Toute personne a droit à la protection de la loi contre de telles immixtions ou de telles atteintes.

Article 17 : 1. Toute personne, aussi bien seule qu'en collectivité, a droit à la propriété.

2. Nul ne peut être arbitrairement privé de sa propriété

Ce texte fait apparaître une notion importante dans le cas qui nous préoccupe, celle de « vie privée ». Il précise que cela englobe aussi bien le

domicile, dans notre cas il s'agit de la chambre de la résidente, que la correspondance. Ceci implique qu'il n'est pas permis de s'introduire dans le domicile d'une personne sans son autorisation ainsi que de fouiller son courrier, encore moins de s'emparer de tout ou partie de celui-ci. Ces idées sont reprises dans la Charte des droits fondamentaux de l'union européenne du 7 décembre 2000 :

Article 1^{er} : La dignité humaine est inviolable. Elle doit être respectée et protégée.

Article 7 : Toute personne a droit au respect de sa vie privée et familiale, **de son domicile et de ses communications.**

Article 25 : L'Union Européenne reconnaît et respecte le droit des personnes âgées de mener une vie digne et indépendante et à participer à la vie sociale et culturelle.

Lors de la 55^e assemblée mondiale de la santé du 4 avril 2002,

l'Organisation Mondiale de la Santé a attiré l'attention sur ce sujet :

« Afin d'atteindre le but ultime d'un vieillissement en bonne santé, l'OMS a élaboré un cadre politique qui complète les recommandations reconnues dans le plan d'action international sur le vieillissement. Il est axé sur des domaines tels que :

[...]La protection, la sécurité et **la dignité** des personnes âgées.[...] »

Ces principes imposent l'existence d'un espace privé, réservé à la personne concernée qui est seule en droit de décider qui peut ou non y intervenir et jusqu'à quel point. Cet espace privé incluant aussi bien un lieu que les moyens de communications qui y relient tels que le courrier.

IVc : Textes en rapport avec le respect de la dignité de la personne en EHPAD

L'arrêt du 26 avril 1999, décrivant le cahier des charges de l'EHPAD, met lui aussi l'accent sur l'importance du respect du aux résidents. Ce respect passe par la conservation d'une espace privé, appartenant intégralement à la personne qui en bénéficie :

« - Préserver un espace de vie privatif, même au sein d'une vie en collectivité, en garantissant un sentiment de sécurité, y compris contre les agressions éventuelles d'autres résidents ;

- L'espace privatif doit être considéré **comme la transposition en établissement du domicile du résident.** »

Il est indiscutable pour tout le monde qu'il est interdit d'entrer chez un voisin sans son autorisation et de fouiller chez lui. Cette évidence semble parfois disparaître dès qu'il s'agit de la chambre d'un pensionnaire, d'autant que de nombreuses intrusions sont rendues nécessaires par l'obligation d'aider la personne pour des actes de la vie courante tels que le ménage ou l'aide à la toilette. Cependant ce texte souligne que le droit à ces irrptions dans la chambre du résident ne va pas de soi et que le consentement de la personne doit être recherché puisqu'il s'agit de son domicile. (Le bien être de la personne âgée en institution, p.44 : « La logique du soin et de la prévention de la maladie peut aller à l'encontre des désirs profonds des personnes prises en charges. ») A plus forte raison, il n'est pas permis de pénétrer chez elle en son absence pour fouiller dans ses affaires. C'est cette différence entre la présence utile de l'aidant et l'intrusion abusive qui est précisée dans la « Charte des droits et libertés de la personne accueillie » :

Article 12 « Respect de la dignité de la personne et de son intimité » : Le respect

de l'intimité et de l'intégrité de la personne est garantie. Hors la nécessité exclusive et objective de la réalisation de la prise en charge ou de l'accompagnement, le droit à l'intimité doit être préservé.

La Loi du 2 janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale, reprend ce concept :

« Art. L. 311-3. - L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, lui sont assurés :

« 1o Le respect de sa dignité, de son intégrité, **de sa vie privée, de son intimité** et de sa sécurité ;

« 4o La confidentialité des informations la concernant »

Ses principes sont repris dans la loi Kouchner du 04 mars 2002 :

« Loi Kouchner Art. L. 1110-2. - La personne malade a droit au **respect de sa dignité.**

« Loi Kouchner Art. L. 1110-4. - Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au **respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant.** »

Le respect du lieu de vie du résident est indissociable de la notion de choix de vie rappelée dans les deux premières lignes de la « Charte de la personne âgée » :

« - Toute personne âgée dépendante garde la liberté de **choisir son mode de vie.**

- **Le lieu de vie** de la personne âgée dépendante, domicile personnel ou établissement, doit être choisi par elle et adapté à ses besoins. »

Ce qui implique, pour la personne hébergée, le choix de se soigner de la manière qu'elle a choisie et le choix d'utiliser l'espace qui lui est attribué selon ses désires. Rien ne s'oppose, d'après ses textes, à ce que la personne

garde chez elle des médicaments, quelle que soit leur origine.

L'HAS a édité un rapport sur la maltraitance en 2009 qui correspond à un recueil de témoignage sur les différentes formes de maltraitements dites « ordinaires ». On entend par là les actes courants qui ne sont pas délibérément exécutés pour nuire à la personne mais qui sont tout de même vécus comme humiliants. Ce rapport parle essentiellement de maltraitance corporelle plus que d'atteinte à la vie privée, mais l'idée essentielle qui en ressort est bien que l'exposition publique de son intimité est une forme de maltraitance. Cette idée est clairement formulé dans « Le bien être de la personne âgée en institution » :

(p.64) « Le dérangement par autrui de l'ordre établi dans son espace personnel peut être vécu comme une perte de maîtrise sur son environnement, d'autant plus désécurisant que le sentiment de chez-soi est peu assuré et que les frontières de son territoire personnel sont fragiles. » Le rapport de l'HAS confirme aussi que les cas de maltraitements « ordinaires » sont souvent liés à une situation comprenant des rapports complexes avec les patients et leurs proches.

La répétition de cette même pensée concernant le respect de la vie privée n'est pas anodine. Elle marque bien la volonté des législateurs de privilégier le droit des personnes de conserver un pouvoir de décision sur les différents aspects de leur vie, comme le pouvoir de faire appel à une aide extérieure à l'établissement dans cet espace qu'ils se sont approprié, et d'être capable ainsi garder le contrôle de leur vie, condition indispensable pour se sentir chez soi et qui permet le sentiment de bien être, mission de l'EHPAD. Le bien être de la personne âgée en institution, p.44/45 : « [...]Il s'agit avant tout d'un accompagnement de la vie quotidienne de citoyens à part entière et maitres de leur sort, placés au centre de l'institution et intégrés à la société. [...]

Placer la notion de chez soi-au centre de la conceptualisation de l'accompagnement restitué à l'individu hébergé, en termes forts, son droit irréductible de disposer d'une sphère personnelle, d'intimité, de maîtrise de liberté, conditions essentielles à son sentiment de bien-être ».

CHAPITRE V : Conseils des différentes sources sollicitées

Il est courant de se sentir démuni lorsque l'on fait face à un problème pour la première fois. C'est pourquoi il est important de savoir solliciter l'aide de personnes compétentes qui sauront orienter les décisions et surtout éviter les erreurs. C'est pourquoi nous avons demandé l'avis de plusieurs autorités :

En premier lieu, le médecin traitant de Mme Z., premier concerné, en tant que prescripteur, par le risque iatrogène du aux médicaments apportés sans contrôle par le fils de Mme Z. Malheureusement fatigué par la relation hostile entretenue par Mme Z. avec tout les médecins qui se sont succédés, le docteur n'avait pas de conseil à nous proposer ni la motivation de nous aider dans notre recherche d'une solution. Il nous a cependant rappelé l'importance du respect de la vie privée de Mme Z. et de son espace de vie.

Puis nos professeurs du DIU de médecin coordonnateur en EHPAD, eux-mêmes médecins coordonnateurs, et dont l'expérience d'enseignants aussi bien que de professionnels a apporté des nombreuses réflexions sur des sujets très variés. Ils nous ont apporté plusieurs éclaircissements :

- Ils ont rappelé l'importance de toujours prendre en compte la plainte de la résidente, même si elle a été explorée mainte et mainte fois car un nouveau problème peu survenir malgré tout (ce qui a été entrepris à chaque fois, d'où des passages répétés aux urgences).

- Si aucune cause organique n'est retrouvée, tenter de comprendre le sens de la plainte. Dans notre cas, il s'agissait de la souffrance morale de cette résidente face à son état de dépendance qu'elle rejetait totalement.

- Ne jamais oublier de noter clairement chaque acte, chaque décision, la conduite à tenir retenue ainsi que les démarches entreprises pour trouver une solution adaptée. La traçabilité tient une place importante dans le métier de médecin coordonnateur.

- Ils nous ont confirmé que l'administration des médicaments est sous la responsabilité de l'EHPAD, quelque soit l'indication du médecin. Afin d'éviter toute ambiguïté, ils nous ont conseillé de faire apparaître explicitement cette notion dans le contrat de séjour.

- Ils nous ont conseillé de demander avis et soutien : en informant la DASS, en contactant l'hôpital voisin pour poser la question à sa CRUQ (Commission de Relation avec les Usagers et de la Qualité de la prise en charge), en demandant si possible un soutien au conseil de maison.

- Ils ont insisté sur l'importance de toujours favoriser la médiation.

Le conseil de l'ordre a surtout fait le point sur les différentes responsabilités. Il a ainsi rappelé que c'est à la direction de l'EHPAD qu'il incombe de prendre les mesures utiles pour régler ce genre de problème (Loi Kouchner du 4 mars 2002 : « Art. L. 1413-14. - Tout professionnel ou établissement de santé ayant constaté ou suspecté la survenue d'un accident médical, d'une affection iatrogène, d'une infection nosocomiale ou d'un événement indésirable associé à un produit de santé doit en faire la déclaration à l'autorité administrative compétente. »). Mais il a aussi mentionné qu'en cas de défaillance de celle-ci, c'est au médecin coordonnateur de rédiger un signalement au Parquet concernant l'introduction de stupéfiants dans

l'établissement (sans plainte) et de fait, la mise en danger des personnes qui y résident. Il a aussi indiqué que l'on a le droit, sans violer le secret de la correspondance, de retenir les lettres suspectes.

Enfin, la DASS, appelée faute de pouvoir communiquer avec les principaux protagonistes de cette situation (Mme Z. et son fils) a tout de suite insisté sur l'interdiction de violer l'intimité de Mme Z. Les interlocuteurs sont revenus sur le principe de base déjà cité qu'est la communication en nous enjoignant de continuer à tenter de parler au fils de Mme Z. Puis nous ont proposé des solutions extrêmes telles que ne plus garder Mme Z. chez nous, ou porter plainte contre son fils auprès du commissariat pour trafic de stupéfiant. Ils nous ont ensuite envoyé un document de signalement à faire remplir par la direction pour décrire l'évènement.

CHAPITRE VI : Les motivations

Via : La crainte des sanctions

La motivation la plus basique qui pousse une personne à bien se conduire est la peur du châtime. En effet, s'il y a de nombreux textes de loi encadrant la conduite à tenir face à une personne âgée accueillie en EHPAD, cela implique qu'il y a des conséquences en cas de non application de ceux-ci. En premier lieu, les conséquences disciplinaires, appliquées par la direction à un individu qui ne se conforme pas aux règles établies. A un niveau supérieur, toute personne qui ne respecte pas la loi peut se retrouver confrontée à des sanctions civiles ou pénales, craintes souvent citées par les membres d'une équipe en difficulté. Ces appréhensions peuvent faire perdre de vue l'intérêt du résident, qui devrait toujours être au centre des débats, et orienter l'attitude de l'équipe vers une voie qui lui semble plus sécurisante pour elle, même si elle risque d'être préjudiciable pour le résident.

Dans le cas qui nous intéresse, la loi du 4 mars 2002 donne un éclairage intéressant : « **Loi Kouchner** Art. L. 1142-1. - I. - Hors le cas où leur responsabilité est encourue en raison d'un défaut d'un produit de santé, les professionnels de santé mentionnés à la quatrième partie du présent code, ainsi que tout établissement, service ou organisme dans lesquels sont réalisés des actes individuels de prévention, de diagnostic ou de soins ne sont responsables des conséquences dommageables d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins qu'en cas de faute. » Ce qui signifie qu'une faute doit être commise par l'EHPAD pour que sa responsabilité soit engagée. On ne peut considérer comme une faute le fait que l'EHPAD respecte les recommandations et les lois formulées dans le cadre du respect de la vie privée du résident.

VIb : L'éthique

Au-delà de la simple application de la loi, il est important que les différents intervenants de l'EHPAD agissent au quotidien dans l'intérêt du résident, dans une démarche professionnelle, convaincus du bien fondé de leur attitude. « L'intégration de la loi, c'est s'approprier le sens même de la loi. Là on est dans l'éthique. [...] L'éthique n'est donc pas un comportement de soumission à la Loi, mais une intégration des modalités de vie dans le respect de la vie de l'autre et de respect de soi, c'est un mode de pensée, de comportement, de se penser soi-même dans ses fonctions. [...] La crainte des sanctions n'est pas une position éthique dans la mesure où elle ne se rapporte qu'aux conséquences que peut subir le maltraitant.» (Elisabeth Penlae Flochlay, cours de DIU de médecin coordonnateur, décembre 2009). Il ne faut donc pas se contenter d'appliquer la loi mais la comprendre et faire sien les idées qu'elle défend de façon à avoir la volonté propre de bien faire.

CHAPITRE VII : Analyse et réflexions

Fort de tous ces conseils et bien documentés, un long processus de réflexion en équipe a été entamé afin de trouver l'issue la plus acceptable possible.

Il est intéressant de remarquer que les documents qui défendent les deux droits qui s'opposent dans notre sujet (droit à la sécurité et droit à la vie privée) sont issus des mêmes sources. L'embarras que génère la question qui nous préoccupe dans ce mémoire est donc compréhensible.

La notion forte qui ressort de l'analyse de ces textes et des conseils reçus est que la personne hébergée et soignée en EHPAD est en droit de se réserver un espace privé auquel les membres du personnel n'ont pas accès d'office (espace comprenant la chambre qui lui est attribuée et le courrier qu'elle reçoit). Le personnel de l'EHPAD n'a donc pas le droit de s'introduire dans la chambre d'un résident ou d'ouvrir son courrier pour y confisquer un produit. Le bien être de la personne âgée en institution (p.69) : « La sphère privée repose sur la possibilité de pouvoir défendre l'espace privé contre les intrusions du monde social. Plutôt qu'une fermeture au dehors, au social, c'est la possibilité d'exercer une maîtrise sur la perméabilité entre le dedans – le chez-soi – et le dehors – le social. La notion de contrôle est en effet centrale. »

Cependant, si on ne peut pas tenir le personnel de l'EHPAD pour responsable de ce qui se passe dans la sphère privée du résident, on peut le tenir pour responsable de ne pas avoir mis en place les mesures utiles pour tenter de remédier à un problème mettant en jeu la sécurité des résidents.

Il est aussi clairement affirmé que quelque soit la décision prise, elle reste sous l'autorité et la responsabilité de la direction de l'établissement. Toute démarche ne sera entreprise dans l'intérêt du résident que si les responsables de l'établissement soutiennent activement les conduites éthiques.

L'EHPAD a donc l'obligation de chercher des solutions pour stopper la libre circulation des médicaments (dont les morphiniques) sans privé le résident de son droit à la vie privée, la décision finale concernant ces solutions appartenant à la direction. « Le bien-être de la personne âgée en institution, un défi au quotidien » (p.44) : « On voit alors petit à petit naître la nécessité de faire coexister deux logiques principales :

- Une logique soignante qui aborde les personnes âgées comme des patients à traiter
- Une logique d'accueil qui fait la spécificité du « lieu de vie », centré sur le respect de l'individualité des résidents, de leurs attentes, souhaits et désirs propres. »

Plus concrètement : Mme Z. n'a pas le droit d'introduire des produits stupéfiants dans l'établissement, mais le personnel n'a pas le droit de fouiller sa chambre et son courrier pour autant, il doit trouver d'autres moyens de faire accepter cette interdiction à Mme Z.

CHAPITRE VIII : Conclusion et rôle du médecin coordonnateur

VIIIa : Le raisonnement

Quelles soient les décisions prises, le raisonnement qui les sous-tend doit rester centré sur le résident et son intérêt et non sur soi et les conséquences que l'on peut subir.

Il faut avant tout prendre en considération la plainte du résident, ne jamais omettre de lui laisser un temps d'écoute, même pour des motifs répétés mainte et mainte fois, il ne faut pas hésiter à proposer des explorations déjà effectuées.

Au-delà du premier degré, il est important de rechercher le sens de la plainte, aucun dialogue n'est possible si l'on ne comprend pas le langage de l'interlocuteur. La médiation doit être la première solution envisagée car moins traumatisante (aussi bien pour le résident que sa famille, mais souvent aussi pour l'équipe) et elle nécessite d'identifier clairement les valeurs en conflits.

Il ne faut pas agir dans la précipitation, la peur peut mener à des raccourcis dangereux moralement. Il faut prendre le temps nécessaire pour envisager toutes les perspectives, y compris le point de vue des proches que l'on doit intégrer autant que possible, dans la mesure où le résident le souhaite. La communication est indispensable à la recherche de la meilleure solution car il y a autant de situations différentes que « d'acteurs », avec leurs histoires, leurs vécus, leurs sensibilités et leurs peurs.

Il ne faut pas craindre de reconnaître ses limites et ses lacunes et savoir demander l'aide nécessaire aux personnes compétentes.

La recherche d'une solution est un travail d'équipe. La pluridisciplinarité est un atout car elle apporte des points de vue différents auxquels une seule personne n'aurait pas pensé. Ce travail de groupe permet aussi une meilleure acceptation de la solution adoptée, fruit d'un travail commun auquel chacun aura apporté un élément.

Une fois la décision prise, celle-ci doit être clairement énoncée et toujours écrite. Un travail long et parfois fastidieux n'a pas de valeur s'il ne peut être correctement diffusé, d'où l'importance de la traçabilité et de la lisibilité.

Malgré tout ces efforts, nul ne peut être sûr de prendre la bonne décision du premier coup, et une bonne décision prise dans un contexte donné peut ne plus être adaptée avec le temps. C'est pourquoi une évaluation de cette décision et de ses conséquences doit être planifiée afin de modifier les choix faits si besoin.

Quelque soit la bonne volonté des membres de l'équipe, ces actions ne peuvent être soutenues durablement qu'avec l'appui des responsables. Ce soutien peut se traduire de différentes manières. De manière courante par des interventions directes lors des débats, de manière plus ponctuelle par la mise en place de formations adaptées aux thèmes abordés (formation maltraitance etc...), ou plus administrative en incluant des mentions précises sur des sujets sensibles dans le règlement intérieur.

VIIIb : La place du médecin coordonnateur

La fonction du médecin coordonnateur le place en première ligne face à ce genre de problème (12^e mission : identifie et met en œuvre les mesures utiles à la prévention, la surveillance et la prise en charge des risques pour la santé publique dans l'EHPAD). Il peut avoir recours à différentes actions pour aider le personnel à affronter cette situation.

S'assurer que l'équipe ait accès aux informations pertinentes avant toute réflexion fait parti de ses missions (7^e mission : contribue à la politique de formation et d'information des professionnels). Une meilleure connaissance du problème aidera à trouver des réponses plus adaptées.

Le médecin coordonnateur doit savoir s'entourer de professionnels compétents capables de le soutenir, le conseiller ou prendre le relai si nécessaire dans les moments délicats (11^e mission : collabore à la mise en œuvre de réseau gérontologique), ainsi soulager son équipe et éviter les mises en échec.

Il aide le résident à trouver sa place au sein de l'EHPAD en prenant en compte les différents aspects de sa vie dans l'établissement et le rôle de chacun (1^{ère} mission : Elabore un projet de soins, coordonne et évalue sa mise en œuvre). Il favorise ainsi son intégration, limitant le risque de conflit.

Il est le « gardien » des bonnes pratiques et aide les différents intervenants à travailler de concert en les alertant en cas de danger ou en prévenant les autorités compétentes (3^e mission : est garant de l'organisation des professionnels et veille à l'existence de la permanence des soins (informe le directeur de l'établissement des dysfonctionnements dont il aurait eu

connaissance).

5^e mission : Veille à l'application des bonnes pratiques gériatriques, contribue à l'évaluation de la qualité des soins).

Il peut prévenir les situations difficiles en évaluant de manière pertinente les limites d'accueil de l'EHPAD et en les incluant dans les critères de sélection lors de la visite de pré-admission et dans les documents fournis à l'entrée tel que le livret d'accueil (2^e mission : donne un avis sur les admissions = adéquation entre l'état de santé du résident avec les capacités de soins de l'EHPAD).

Le rôle du médecin coordonnateur est celui d'un manager. Il ne doit pas prendre de décision seule mais doit animer une équipe et tirer le meilleur parti de chacun. Il favorise les échanges et la communication entre les intervenants intérieurs et extérieurs, il ramène le résident et son intérêt toujours au centre du débat. Il fixe les objectifs et planifie leur mise en place.

VIIIc : En résumé

Il n'y a pas de solution simple qui répondrait de manière systématique à la question posée dans ce mémoire, mais une façon de pensée qui doit permettre de s'adapter aux différents contextes sans risquer de s'échouer sur les récifs de la maltraitance.

Cette solution doit être le fruit d'un travail d'équipe.

L'un des points essentiels est de savoir se remettre perpétuellement en question. On ne peut exiger d'une personne qu'elle comprenne immédiatement la complexité des relations humaines et les raisons qui poussent une personne à agir de telle ou telle manière. Mais on lui reprochera toujours de s'obstiner dans une attitude inadaptée.

Cette réévaluation des décisions doit constamment se penser autour du résident, il ne faut jamais perdre de vue l'objectif de cette recherche qui reste le bien-être des personnes dont on a la charge et donc leur acceptation des solutions proposées. Une phrase de Mme Elisabeth Penlae-Flochlay, psychologue clinicienne résume parfaitement cet esprit : « L'éthique dans le soin c'est d'abord une réflexion et une interlocution. C'est ensuite une position et/ou une décision où celui qui est le plus fragile le plus en danger sera aussi le plus respecté. » (Cours du DIU de médecin coordonnateur 2009/2010).

Il est important de rappeler que toute résolution finale appartient à la direction de l'établissement, responsable des décisions prises dans l'EHPAD. Quel que soit le résultat de la réflexion, elle ne peut aboutir à rien de concret sans son soutien.

CHAPITRE IX : Epilogue

Après de nombreuses réunions et de longs échanges sur l'attitude à adopter et nos différents recours, une déclaration à la DASS concernant notre situation difficile avait été réalisée afin de demander de l'aide et de calmer les esprits inquiétés par cette situation dangereuse. Mais la solution est venue de la forte mobilisation de l'équipe et de la bonne communication régnant au sein de l'EHPAD. Ainsi, l'une des infirmières apercevant le fils de Mme Z. un soir où j'étais encore dans l'établissement vint m'avertir immédiatement de sa présence. Je pu enfin faire connaissance avec M. Z. et lui proposer une entrevue, au calme dans le bureau médical. Nous avons entamé une longue conversation dont il est ressorti que ses actes étaient la manifestation de son sentiment d'impuissance face à la réaction de sa mère, perpétuellement dans la plainte. Après des explications claires sur les risques encourus par sa mère, les autres résidents, nous-mêmes, ainsi que lui, M. Z. accepta de ne plus apporter d'antalgiques, morphiniques compris, à Mme Z. Nous n'avons pas eu à déplorer d'autres incidents de ce genre par la suite. Mme Z. a quitté plus tard notre établissement suite au déménagement de son fils. Nous avons eu droit à de nombreux compliments de leur part sur notre accueil et nos soins.

BIBLIOGRAPHIE

- 55^e assemblée mondiale de la santé, OMS, 4 avril 2002
- Arrêté du 31 mars 1999 relatif à la prescription, à la dispensation et à l'administration des médicaments soumis à la réglementation des substances vénéneuses dans les établissements de santé, les syndicats interhospitaliers et les établissements médico-sociaux disposant d'une pharmacie à usage intérieur mentionnés à l'article L. 595-1 du code de la santé publique, <http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/1999/99-13/a0130916.htm>
- Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, Ed. Seli Arslam, 2008
- Bien-être de la personne âgée en institution, un défi au quotidien (1e), Eliane Christen-Gueissaz, Sophie Besson, Sylvie Freudiger, Delphine Roulet Schwab, Olivier Scnegg, Evelyn Singy, Brigitte Zellner Keller
- Charte des droits et libertés de la personne accueillie, selon l'arrêté du 8 septembre 2003
- Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante, Fondation nationale de gérontologie, Ministère de l'emploi et la solidarité, Secrétariat d'Etat à la santé et à l'action sociale, 1999
- Charte des droits fondamentaux de l'union européenne du 7 décembre 2000
- Déclaration universelle des droits de l'Homme, ONU, 1948
- Décret du n° 2005-560 du 27 mai 2005 relatif à la qualification, aux missions et au mode de rémunération du médecin coordonnateur
- Décret du n° 2007-547 du 11 avril 2007 relatif au temps d'exercice du médecin coordonnateur et à la 12^e mission.
- Ethique de soins en gériatrie, cours du DIU de médecin coordonnateur en EHPAD, Elisabeth Penlae-Flochlay, décembre 2009
- Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale
- Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du

système de santé

- Maltraitance « ordinaire » (la) dans les établissements de santé, rapport de l'HAS, Claire Compagnon et Véronique Ghadi, 2009
- Management (le) cours du DIU de médecin coordonnateur en EHPAD, Jean-Yves Guizouarn, janvier 2009
- Recommandations de bonnes pratiques de soins en EHPAD, la Direction Générale de l'Action Sociale, la Direction Générale de la Santé et la société française de gériatrie et de gérontologie, 2004

Discipline : DIU de médecin coordonnateur

Mots clés : « maison de retraite », « EHPAD », « vie privée », « protection », « personne âgée », « sécurité », « soins en institution », « qualité de vie », « maltraitance »