

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ INGÉNIERIE ET MANAGEMENT DE LA SANTÉ

Elhadji Michel SANE

**La liberté d'aller et de venir des résidents en EHPAD (Établissement
d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes)**

Sous la direction de Monsieur Arnaud CHEVALIER

Mémoire de fin d'étude de la 2ème année de Master
2024 - 2025

Master Management Sectoriel
Parcours Managements des établissements sociaux, médico-sociaux, sanitaires

Composition du Jury

Monsieur HUBERT Hervé
Monsieur CHEVALIER Arnaud
Madame FERREY Camille

Date de soutenance de mémoire

Le 08 Juillet 2025 à 15H

Faculté d'Ingénierie et Management de la Santé
42 rue Ambroise Paré
59120 LOOS

« *Renoncer à sa liberté, c'est renoncer à sa qualité d'homme, aux droits de l'humanité, même à ses devoirs.* » – **Jean-Jacques Rousseau**, *Du Contrat social* (1762)

REMERCIEMENTS

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude à toutes les personnes qui ont, chacune à leur manière, rendu possible l'aboutissement de mon mémoire.

Je remercie tout d'abord Monsieur Arnaud Chevalier, mon directeur de mémoire. Sa disponibilité, la pertinence de ses conseils méthodologiques et son exigence scientifique ont été des repères essentiels tout au long de cette recherche.

Ma reconnaissance s'adresse également à l'ensemble du corps professoral de l'Institut Lillois d'Ingénierie de la Santé (ILIS). Vos enseignements de qualité, votre souci de transmettre des savoirs ancrés dans la pratique et votre ouverture d'esprit ont nourri ma réflexion académique et professionnelle.

Je tiens à remercier chaleureusement les directeurs d'EHPAD qui ont accepté de m'accorder du temps pour des entretiens approfondis : vos témoignages ont donné à ce travail sa dimension concrète et humaine. Mes remerciements vont également aux professionnels de santé, du médico-social qui ont pris part au questionnaire.

Je souhaite exprimer une gratitude particulière à Madame Camille Ferey, responsable de l'EHPAD *La Quiétude*, ainsi qu'à toute l'équipe administrative, soignante et cadre de vie de la structure. Votre disponibilité et vos échanges informels m'ont offert un aperçu précieux de la réalité de terrain et ont contribué à ancrer cette recherche dans le vécu des résidents et des professionnels.

Enfin, mes pensées les plus sincères vont à ma famille et à mes amis. Votre soutien indéfectible, vos conseils avisés et vos encouragements, parfois manifestés d'un simple mot ou d'une présence silencieuse, ont été le moteur discret mais essentiel de mon investissement.

Qu'ils en soient toutes et tous sincèrement remerciés !

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	8
I. CONTEXTE ET SÉMANTIQUE :.....	12
1. Contexte et enjeux dans les EHPAD.....	12
2. Sémantique.....	15
A. La liberté d'aller et venir.....	15
B. La sécurité des résidents.....	16
C. Les droits des résidents en EHPAD.....	17
II. DEUXIÈME PARTIE: Le cadre juridique et éthique de la liberté d'aller et venir en EHPAD.....	19
1. La liberté d'aller et venir : un droit fondamental.....	19
2. Les limites à cette liberté pour des raisons de sécurité.....	21
A) Obligation de sécurité de l'établissement et cadre juridique des restrictions.....	21
B) Nécessité, proportionnalité et individualisation des restrictions.....	23
C) Obligations de l'établissement et jurisprudences marquantes.....	25
3. L'encadrement éthique et déontologique.....	26
A) Principes éthiques fondamentaux : dignité, autonomie, consentement.....	27
B) Recommandations déontologiques et guides de bonnes pratiques.....	28
III. TROISIÈME PARTIE : MÉTHODOLOGIE :.....	31
1. Les entretiens avec les Directeurs.....	31
2. Les questionnaires avec les professionnels.....	33
3. Les limites.....	35
IV. QUATRIÈME PARTIE: État des lieux basé sur les entretiens et les questionnaires.....	36
1. Perception des directeurs et responsables d'EHPAD (Analyse des entretiens).....	36
2. Perceptions des professionnels de santé et du médico-social (Analyse des questionnaires).....	48
V. CINQUIÈME PARTIE: Analyse et recommandations managériales.....	58
1. Bonnes pratiques, initiatives innovantes des professionnels et recommandations.....	58
2. Recommandations pour les Directeurs d'EHPAD.....	60
CONCLUSION.....	65
BIBLIOGRAPHIE.....	67
TABLES DES ANNEXES.....	71
ANNEXES I - CHARTE DES DROITS ET DES LIBERTÉS DE LA PERSONNES ACCUEILLIE.....	71
ANNEXE II - GRILLE D'ENTRETIEN - DIRECTEUR.....	71
ANNEXE III - QUESTIONNAIRE À DESTINATION DES PROFESSIONNELS.....	71
ANNEXE IV - RETRANSCRIPTION DES ENTRETIENS AVEC DIRECTEURS.....	71

ILLUSTRATION

Figure1 Pyramide des âges des résidents en EHPAD en 2009 et 2019.....9

Figure2 Taux de dépendance par âge au sens de l'APA entre 2007 et 2012.....10

GRAPHIQUES

Graphique 1 Opinions sur la possibilité pour un résident de sortir librement de l'établissement.....51

Graphique 2 Priorité accordée à la sécurité ou à la liberté de mouvement en EHPAD.....53

Graphique 3 Connaissances des droits et autonomie du résident.....55

Graphique 4 Avis des répondants sur la manière dont les EHPAD respectent (ou non) la liberté d'aller et venir des résidents.....58

GLOSSAIRE

Acronymes:

AS	Aide-Soignant(e)
ARS	Agence Régionale de Santé
ASV	Adaptation de la Société au Vieillissement
CASF	Code de l'Action Sociale et des Familles
CCNE	Comité Consultatif National d'Éthique
CDLPA	Charte des Droits et Libertés de la Personne Accueillie
CE	Conseil d'État
CVS	Conseil de la Vie Sociale
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
DDHC	Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
DUDH	Déclaration Universelle des Droits de l'Homme
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
EIG	Événement Indésirable Grave
GRH	Gestion des Ressources Humaines
HAS	Haute Autorité de Santé
IDE	Infirmier / Infirmière Diplômé(e) d'État
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
PASA	Pôle d'Activités et de Soins Adaptés
RGPD	Règlement Général sur la Protection des Données
UP	Unité Protégée
UVP	Unité de Vie Protégée
UVA	Unité de Vie Alzheimer

INTRODUCTION

En France, on comptait 14,7 millions de personnes âgées de 65 ans ou plus au 1er janvier 2024 selon l'INSEE. Ce chiffre représentait 22 % de la population totale.¹ Le nombre de personnes âgées devrait atteindre 20 millions d'ici 2030 selon le Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. En parallèle, les EHPAD accueillent de plus en plus de personnes âgées. En 2022, il y avait plus de 7 400 EHPAD, offrant près de 615 000 places pour les personnes âgées dépendantes.²

Ces chiffres montrent l'ampleur du vieillissement de la population et l'importance des EHPAD dans la prise en charge de la dépendance. Assurer le respect des droits fondamentaux de ces résidents, notamment celui de se déplacer librement, est un enjeu majeur pour la société. Il s'agit à la fois de préserver la dignité humaine en ne privant pas nos aînés de leur autonomie sans raison et de respecter les libertés publiques.

Le droit de se déplacer librement, c'est-à-dire la liberté d'aller et venir, est une des libertés fondamentales dans toute société démocratique. En France, cette liberté est protégée par la Constitution. Depuis 1979, le Conseil constitutionnel l'a reconnue comme un principe fondamental lié à la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen de 1789.

Concrètement, cela signifie qu'une personne doit pouvoir circuler, sortir de chez elle et se déplacer sans contrainte injustifiée ni besoin d'une autorisation des autorités. Ce droit, inscrit dans la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme de 1948 et d'autres textes internationaux, prend une importance particulière pour les personnes âgées dépendantes vivant en EHPAD (Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes).

La question de la liberté de se déplacer pour les résidents en EHPAD est particulièrement importante face au vieillissement rapide de la population. Ce sujet

¹ INSEE, Perte d'autonomie, <https://www.insee.fr>, 21 Novembre 2024

² Personnes âgées: les chiffres clés, <https://sante.gouv.fr>, Mis à jour 21 Décembre 2021

est d'autant plus sensible que les personnes vivant en EHPAD sont souvent vulnérables en raison de leur âge, de troubles cognitifs ou de dépendances physiques. Ces vulnérabilités peuvent amener à restreindre leur liberté de circulation, par exemple en verrouillant les portes ou en régulant les sorties, souvent par souci de sécurité. Cependant, le droit de circuler librement bénéficie d'une forte protection juridique.

Le Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF), qui régit les EHPAD, assure ce droit en précisant : « L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne accueillie et accompagnée par des établissements et services sociaux et médico-sociaux ». Dans le point numéro 1 de l'article en question (Article L311-3), il est dit que l'établissement accueillant la personne âgée est garant de : je cite « Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée et familiale, de son intimité, de sa sécurité et de son droit à aller et venir librement ».³ Ainsi, la loi reconnaît l'importance égale du droit à la sécurité et du droit à la liberté de circulation des résidents.

Notre recherche vise à mener une réflexion approfondie et éthique sur les pratiques des professionnels de terrain, qui peuvent conduire à la restriction de la liberté de circulation des résidents en EHPAD. L'objectif est de trouver un compromis équilibré entre toutes les parties prenantes (résidents, familles, responsables d'établissements, professionnels) afin de concilier la question de la sécurité avec celle des libertés individuelles des résidents.

Ce questionnement nous conduit à la problématique suivante :

"Comment les EHPAD peuvent-ils concilier les exigences de sécurité avec le respect des libertés individuelles des résidents ?".

³ Legifrance, Code de l'Action Sociale et des Familles, Section 2:Droit des usagers ([Article L311-3](#))

Pour répondre à cette problématique, notre réflexion s'articule autour de quatre parties:

La première partie abordera le contexte et les enjeux des EHPAD, ainsi que la définition des termes clés de notre sujet. La deuxième partie traitera du cadre juridique et éthique lié à la liberté de circulation. La troisième partie présentera notre méthodologie, incluant la réalisation des entretiens et des questionnaires, ainsi que les limites de notre démarche. Enfin, la quatrième partie analysera les résultats obtenus à partir des entretiens et des questionnaires. La dernière partie sera consacrée à la présentation de recommandations et de bonnes pratiques pour résoudre la problématique.

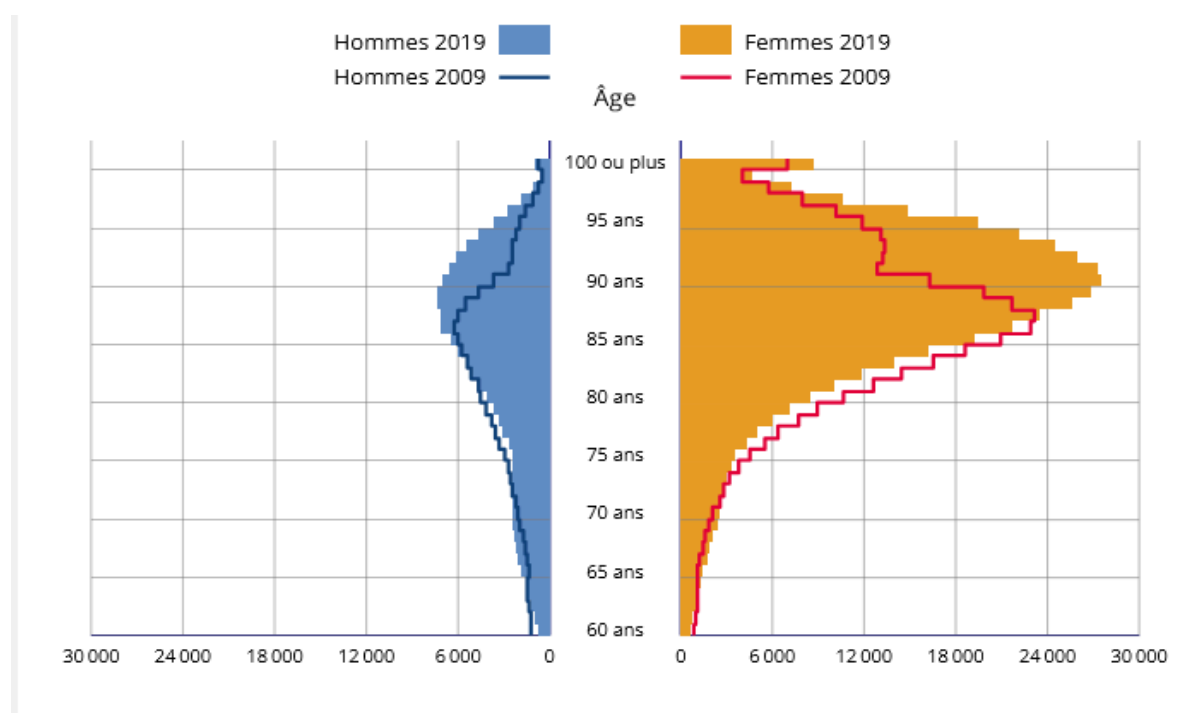


Figure 1 Pyramide des âges des résidents en EHPAD en 2009 et 2019

Sources : Insee, Recensement de la population de 2009 et 2019, exploitations principales.

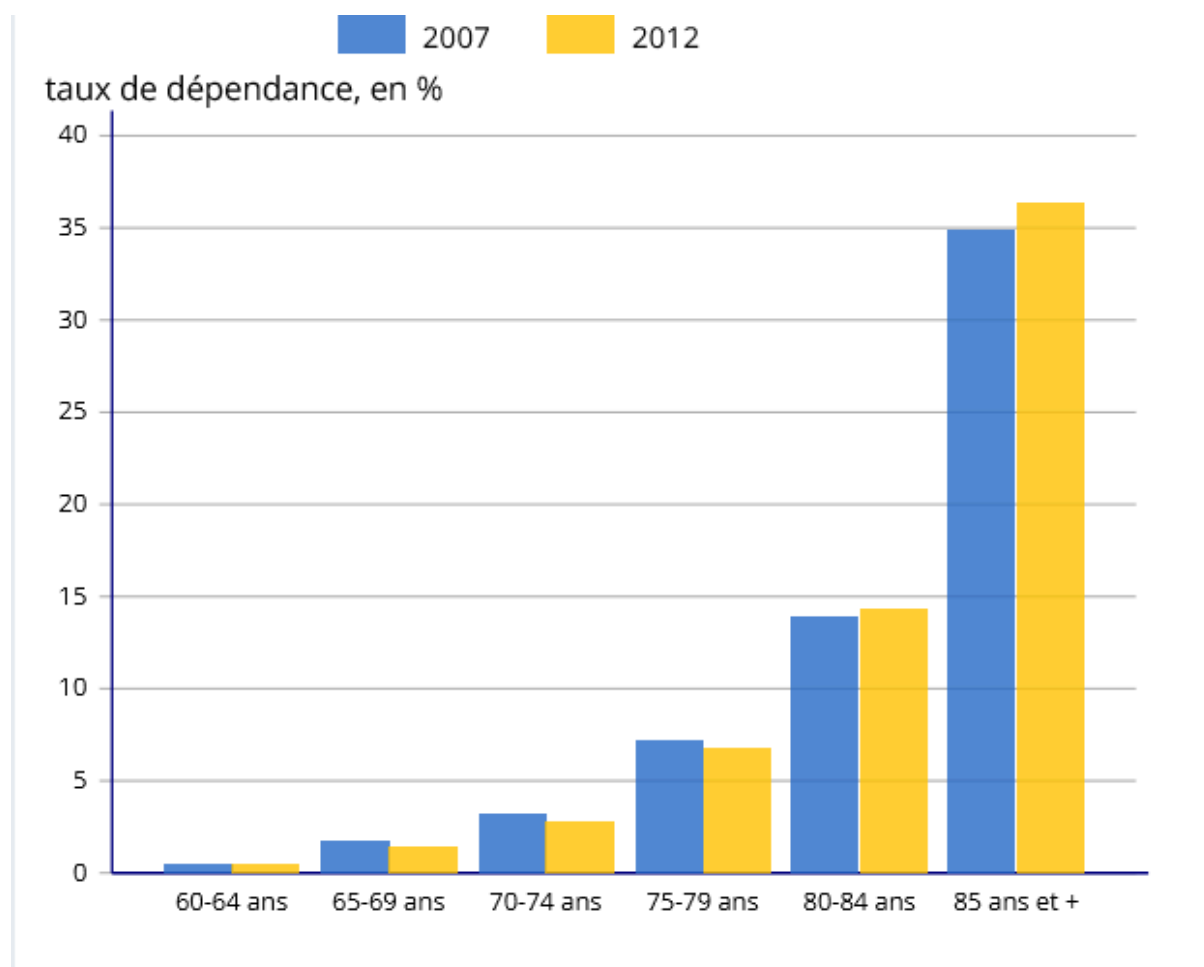


Figure 2 Taux de dépendance par âge au sens de l'APA entre 2007 et 2012

Source : Drees, Insee, 01/01/2012.

I.CONTEXTE ET SÉMANTIQUE :

1. Contexte et enjeux dans les EHPAD

Les EHPAD, anciennement appelés maisons de retraite, ont beaucoup évolué ces dernières décennies, tant dans leur rôle que dans la perception qu'en a la société. Autrefois principalement des établissements d'hébergement pour personnes âgées, ils sont devenus des structures médico-sociales fortement réglementées, accueillant des résidents de plus en plus dépendants et nécessitant des soins spécialisés. L'âge moyen des personnes entrant en EHPAD ne cesse d'augmenter, tout comme leur niveau de dépendance.

Cette évolution s'accompagne d'un changement dans les attentes de la société : les familles et les résidents attendent désormais non seulement des soins et de la sécurité, mais aussi une véritable qualité de vie, ainsi qu'un respect et une considération accrus. Le résident n'est plus vu comme un simple "patient" ou usager passif, mais comme une personne à part entière, citoyenne, titulaire de droits, qu'il convient d'accompagner dans le respect de sa volonté et de sa dignité.

Le cadre réglementaire des EHPAD a été renforcé pour répondre aux attentes des résidents et de leurs familles. La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 a marqué une étape importante dans la rénovation de l'action sociale et médico-sociale. Cette loi a mis l'accent sur les droits des résidents en introduisant des outils essentiels comme le livret d'accueil, le contrat de séjour et surtout la charte des droits et libertés de la personne accueillie. Cette charte, rendue obligatoire par un arrêté du 8 septembre 2003, définit les droits fondamentaux des personnes en établissement, tels que le droit à la liberté d'aller et venir, ainsi que le respect de la dignité et de l'intimité. Grâce à cette réforme, les résidents des EHPAD ont vu leurs droits explicitement reconnus, et les établissements ont dû adapter leurs pratiques pour garantir leur respect effectif.

Ensuite, la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015, relative à l'Adaptation de la Société au Vieillissement (ASV), a poursuivi cette évolution en complétant le Code de l'action sociale et des familles (CASF). Cette loi, appelée loi ASV, a réaffirmé que

la liberté d'aller et venir est un droit fondamental que les établissements doivent respecter.⁴ Elle a aussi introduit des dispositifs pour mieux concilier la protection des résidents et le respect de leurs libertés, comme l'encadrement juridique des mesures de sécurité pouvant limiter la liberté de circulation (par exemple, les unités protégées pour les personnes désorientées ou les bracelets anti-fugue).

Malgré un cadre juridique détaillé et ambitieux, la réalité sur le terrain en EHPAD fait ressortir des enjeux et des tensions persistants concernant la liberté d'aller et de venir. Le dilemme entre sécurité et liberté est particulièrement marqué. D'un côté, les établissements ont une obligation de sécurité envers des résidents souvent vulnérables. Cette obligation de moyens oblige les EHPAD à prendre toutes les mesures nécessaires pour prévenir les accidents et protéger les résidents. Les risques sont nombreux : chutes, fugues de résidents désorientés (avec le danger de se perdre, de se blesser ou de mettre leur vie en danger), sortie sans médicaments ou par mauvais temps, etc.

Les tribunaux ont déjà été confrontés à des drames liés à ces risques. Par exemple, en 2002, un EHPAD a été condamné à indemniser la famille d'un résident décédé après une fugue, le juge estimant que l'établissement n'avait pas respecté son obligation de sécurité en ne prévoyant pas ce danger. Les responsables des EHPAD sont donc naturellement prudents et cherchent à maximiser la protection des résidents, d'autant plus que leur responsabilité civile ou pénale peut être engagée en cas de manquement grave.

D'un autre côté, une protection excessive peut rapidement empiéter sur les libertés individuelles des résidents. Par exemple, verrouiller les portes pour éviter les sorties non autorisées, interdire à un résident de se promener seul, ou le confiner dans une unité fermée (dites souvent Unité de Vie Protégée). Même si le but est de prévenir les fugues, ou d'assurer la sécurité des résidents, cela peut être perçu comme des restrictions injustifiées de leur liberté, contraires à leur volonté et à leurs droits.

Cela peut transformer l'EHPAD en une sorte de « prison dorée » où la personne âgée se sent privée de son autonomie, ce qui peut nuire à son bien-être

⁴ LIFE PLUS mon assistant santé, Fugues en EHPAD: Mieux les comprendre pour mieux les anticiper, publié le 09 Juin 2020

psychologique, à son estime de soi, et même à sa santé (perte d'autonomie accélérée, dépression due à l'enfermement, etc.).

La crise sanitaire de la COVID-19 a mis en lumière ces tensions de manière particulièrement dramatique. Pour protéger les aînés, les EHPAD ont appliqué des mesures strictes d'isolement, comme la suspension des visites, le confinement des résidents dans leurs chambres, et l'interdiction de sortir pendant plusieurs semaines. Bien que ces mesures aient été prises pour des raisons de sécurité sanitaire, elles ont soulevé un débat éthique et juridique sur l'équilibre entre sécurité collective et libertés individuelles.

Le Conseil d'État a d'ailleurs été saisi de cette question : le 3 mars 2021, il a suspendu une directive ministérielle interdisant toutes les sorties pour les résidents d'EHPAD durant l'épidémie.⁵ Le juge a estimé que cette interdiction générale, appliquée même aux résidents vaccinés, portait atteinte de manière grave et illégale à leur liberté de circulation. Ceci parce qu'elle n'était ni nécessaire ni proportionnée aux exigences sanitaires du moment. Cet épisode a souligné que même dans des situations exceptionnelles, il est important de préserver la liberté de circulation, et que des solutions adaptées (comme des sorties encadrées ou des tests préalables) peuvent permettre de concilier protection sanitaire et respect des droits des résidents.

Le contexte des EHPAD aujourd'hui se caractérise par un défi constant : comment garantir la sécurité des personnes âgées, souvent fragiles (ce que tout le monde, familles, professionnels, autorités, attend légitimement des établissements), tout en leur offrant une qualité de vie décente et en respectant leurs libertés. Ce défi est complexe. Il est renforcé par des facteurs comme le manque de personnel dans certains établissements, une formation inégale des soignants sur les questions d'éthique, et la pression des familles. Ces familles, parfois inquiètes, peuvent demander plus de sécurité tout en déplorant des mesures trop contraignantes. Cela représente un véritable enjeu éthique, juridique et sociétal pour les EHPAD du 21^e siècle.

⁵ Conseil d'État, Juge des référés, 03/03/2021, 449759, Inédit au recueil Lebon,

2. Sémantique

Avant de poursuivre, il est essentiel de clarifier les principaux concepts de notre sujet : la liberté d'aller et venir, la sécurité des résidents, et les droits des résidents en EHPAD. Bien que ces notions semblent évidentes, elles ont des significations précises dans notre contexte qu'il est important de définir pour éviter toute confusion.

A. La liberté d'aller et venir

La liberté d'aller et venir désigne le droit de chaque individu de se déplacer librement, de choisir ses mouvements sans contraintes injustifiées. C'est un élément fondamental de la liberté individuelle, propre à chaque personne. Cela inclut la possibilité de sortir de tout lieu où l'on se trouve (sauf en cas de décision légale, comme l'incarcération), de voyager, de vaquer à ses occupations quotidiennes hors de son domicile, ou encore, pour un résident d'EHPAD, de circuler à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement. Dans une démocratie, ce droit peut être exercé sans justification ni autorisation préalable des autorités publiques.⁶

Sur le plan juridique français, la liberté d'aller et venir est protégée par plusieurs textes. Elle découle des articles 2 et 4 de la Déclaration des Droits de l'Homme de 1789 (qui posent les principes de la liberté et ses limites) et de l'article 66 de la Constitution de 1958 (qui charge l'autorité judiciaire de protéger la liberté individuelle et de sanctionner toute détention arbitraire). Le Conseil d'État la considère comme une « liberté fondamentale » dans le cadre du référé-liberté du code de justice administrative, permettant de la défendre en justice en cas d'atteinte grave et illégale par une autorité publique.⁷

Dans le cadre des EHPAD, cette liberté se traduit par le droit, pour un résident, de sortir de l'établissement (pour une promenade, rendre visite à sa famille, accomplir des démarches, etc.), de circuler librement dans les espaces communs, et de ne pas être enfermé contre son gré. Cela relève du respect de son autonomie et de sa

⁶ Cabinet ACI, Droit Pénal, La liberté d'aller et de Venir , <https://www.cabinetaci.com/>

⁷ Legifrance, Conseil d'État, Juge des référés, 03/03/2021, 449759, Inédit au recueil Lebon

citoyenneté. Cependant, ce droit doit être encadré pour éviter qu'il ne mette en danger la personne elle-même ou les autres, ce qui soulève des questions sur les limites et les aménagements possibles de ce droit en établissement.

B. La sécurité des résidents

La notion de sécurité, appliquée aux résidents d'EHPAD, comprend plusieurs aspects. Tout d'abord, il y a la sécurité physique et médicale. Cette sécurité vise à protéger la personne âgée des risques d'accident, de blessures, de chutes, de disparition, et à veiller à sa santé (prise correcte des traitements, prévention des maladies et des aggravations de son état de santé). Ensuite, on parle de sécurité psychologique et morale, qui consiste à garantir au résident un environnement mentalement sûr, sans maltraitance, isolement affectif, harcèlement ou angoisse. Enfin, il existe aussi la sécurité juridique, qui concerne le respect des droits des résidents dans un cadre clair et transparent, afin d'éviter l'arbitraire.

Le droit à la sécurité est explicitement mentionné parmi les droits des résidents en établissements sociaux et médico-sociaux. L'article L.311-3 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) garantit à chaque résident « *le respect de sa sécurité* ». Cette obligation de sécurité, imposée à l'EHPAD, est une obligation de moyens et non de résultat absolu : l'établissement doit prendre toutes les mesures nécessaires pour prévenir les risques, mais il ne peut pas garantir qu'aucun incident ne se produira.

La jurisprudence a souvent évalué si les mesures prises par un EHPAD étaient suffisantes et adaptées aux risques connus. Les établissements doivent identifier les situations à risque (par exemple, un résident ayant des troubles cognitifs sévères et tentant de sortir seul la nuit) et mettre en place des mesures de prévention appropriées (surveillance, alertes, encadrement renforcé, ou unité protégée).

Cependant, le principe est clair : ces mesures de sécurité ne doivent pas empêcher la liberté d'aller et venir du résident. Le Code de l'action sociale et des familles

prévoit une procédure spécifique pour les mesures de restriction de liberté en EHPAD. Toute mesure limitant la circulation d'un résident doit être inscrite dans une annexe au contrat de séjour, être prise dans l'intérêt du résident, être strictement nécessaire et proportionnée aux risques, et faire l'objet d'une évaluation collégiale par l'équipe médico-sociale sous la supervision du médecin coordinateur (Article L311-4-1 du CASF). En d'autres termes, la sécurité ne peut justifier de restreindre les libertés que dans des cas exceptionnels, de manière individuelle, et en respectant des procédures garantissant les droits du résident.

C. Les droits des résidents en EHPAD

Les droits des résidents en EHPAD englobent tous les droits et libertés qu'une personne conserve et exerce, même en situation de dépendance. Longtemps, on pensait qu'en entrant en institution (EHPAD), la personne âgée « abandonne » une partie de ses droits, en faveur d'un régime régi par l'établissement. Cette vision a changé : aujourd'hui, la loi affirme que le résident reste un sujet de droit. La loi du 2 janvier 2002 a codifié ces droits dans le Code de l'action sociale et des familles (CASF). L'article L.311-3, déjà mentionné, liste plusieurs de ces droits, dont : la dignité, l'intégrité, la vie privée, l'intimité, la sécurité, la liberté d'aller et venir, le libre choix des prestations, la participation au Projet d'Établissement (PE), et le consentement éclairé aux soins.

Ainsi, chaque résident d'EHPAD bénéficie des mêmes droits fondamentaux que tout citoyen, adaptés aux conditions de la vie en établissement. Ces droits sont détaillés dans la Charte des droits et libertés de la personne accueillie⁸, qui doit être remise à toute personne entrant en EHPAD. On retrouve très souvent cette charte affichée à l'entrée d'un EHPAD, à l'accueil.

Parmi les droits les plus importants figurent : le droit au respect de la dignité (aucune pratique humiliante ou dégradante), le droit à la vie privée (secret des correspondances, respect de l'espace personnel, choix d'aménager sa chambre), le droit au consentement pour les soins, le droit au maintien des liens familiaux et sociaux (liberté de recevoir des visites et de communiquer), et bien sûr, la liberté d'aller et venir.

⁸ Charte des droits et des libertés de la personnes accueillie en Annexe I

Des mécanismes existent pour que les résidents fassent valoir leurs droits. Chaque établissement dispose d'un Conseil de la Vie Sociale (CVS), composé de représentants des résidents, des familles et du personnel, qui donne son avis sur le fonctionnement de l'EHPAD. En cas de litige, il est aussi possible de recourir au médiateur de l'établissement ou au Défenseur des droits. Il est important de noter que ces droits peuvent être aménagés en milieu collectif, mais ne peuvent jamais être totalement niés. Toute restriction doit être justifiée par une base légale ou contractuelle précise et respecter le principe de proportionnalité.

Par exemple, si un résident a un trouble psychique l'incitant à des comportements dangereux pour lui-même, une mesure de surveillance ou de limitation de ses sorties peut être mise en place. Cependant, cette mesure doit respecter la procédure légale et chercher à être la moins contraignante possible. En 2024, la Défenseure des droits a rappelé ces principes en condamnant l'isolation prolongée d'une résidente dans sa chambre pendant trois semaines, décidée unilatéralement par un EHPAD. Elle a estimé que cela violait sa liberté d'aller et venir et son droit à la sûreté, car la mesure n'était ni nécessaire ni proportionnée aux exigences légales.⁹ Cet exemple montre l'importance de veiller au respect des droits des résidents, et que des recours existent en cas d'abus.

En résumé, les résidents en EHPAD ont des droits garantis par la loi, visant à préserver leur autonomie, leur dignité et leurs libertés, malgré la vie en collectivité et la dépendance. Le défi est de respecter ces droits au quotidien dans les établissements, tout en prenant en compte les besoins de sécurité et de santé des personnes fragiles.

⁹ Défenseur des Droits, Décision du Défenseur des droits n°2024-079
<https://juridique.defenseurdesdroits.fr/>

II. DEUXIÈME PARTIE: Le cadre juridique et éthique de la liberté d'aller et venir en EHPAD

1. La liberté d'aller et venir : un droit fondamental

La liberté d'aller et venir, c'est-à-dire le droit pour toute personne de se déplacer librement sans entraves injustifiées, est un droit fondamental en France. Elle est reconnue dès la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789, où elle est considérée comme un droit naturel et imprescriptible (article 2 DDHC). La Déclaration définit cette liberté comme la possibilité de faire ce qui ne nuit pas à autrui (article 4 DDHC). En 1979, le Conseil constitutionnel a confirmé que la liberté d'aller et venir est un principe constitutionnel. Cette décision a été réaffirmée en 2006, soulignant son caractère fondamental.

Au niveau international, le droit de circuler librement est également protégé, notamment par l'article 2 du Protocole n°4 de la Convention européenne des droits de l'homme, qui permet des restrictions uniquement pour des raisons légitimes, comme la sécurité publique ou la protection de la santé.¹⁰

En France, aucune disposition constitutionnelle ne limite la liberté d'aller et venir en temps normal, sauf dans le cadre légal général des libertés (article 4 DDHC). La Constitution de 1958, par son Préambule, renvoie aux droits de 1789, et la liberté de mouvement est reconnue comme faisant partie de la liberté personnelle. Plusieurs textes législatifs reflètent cette protection. Le Code civil consacre la liberté individuelle et sanctionne sa violation : priver une personne de sa liberté de déplacement de manière illégale peut être puni par la loi (articles 224-1 et suivants du Code pénal). En dehors d'un cadre légal spécifique, il est interdit de retenir quelqu'un contre sa volonté, et cela peut même être pénalement répréhensible.

La liberté d'aller et venir s'applique pleinement aux résidents des EHPAD. En entrant dans un établissement, ces résidents ne perdent pas leurs droits. Au contraire, la loi précise qu'ils conservent toutes leurs libertés individuelles. L'article L.311-3 du Code

¹⁰ Club Santé Social, 10 QUESTIONS SUR la liberté d'aller et venir dans les établissements, Nathalie LEVRAY, 25 Juillet 2014

de l'action sociale et des familles (CASF) garantit à toute personne accueillie le respect de ses droits et libertés, y compris celui d'aller et venir librement.¹¹ Cette disposition, introduite par la loi du 2 janvier 2002 et mise à jour en 2024, impose aux établissements médico-sociaux de veiller à ce que la liberté de circulation des résidents soit respectée, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'établissement. En d'autres termes, un résident d'EHPAD a le droit de se déplacer librement dans l'établissement et de sortir, sauf décision légale contraire.

Il est important de souligner que, contrairement à un établissement psychiatrique, un EHPAD n'a pas le pouvoir juridique d'imposer des mesures de contrainte aux résidents sans leur consentement. L'admission en EHPAD dépend du consentement du résident ou de son représentant légal, peu importe son niveau de dépendance¹². En principe, un EHPAD ne peut héberger qu'une personne consentante. Il n'a pas le droit, en l'absence de base légale spécifique, de restreindre unilatéralement la liberté de mouvement de ses résidents.

Cette distinction avec l'hospitalisation sans consentement est essentielle : la personne âgée en EHPAD reste un sujet de droit, capable de prendre des décisions personnelles, sauf si une mesure de protection juridique l'en empêche. Même dans ce cas, sa volonté doit être prise en compte. Ainsi, la liberté de mouvement d'un résident d'EHPAD fait partie de son droit à l'autonomie et à la libre disposition de sa personne, droits protégés par la Constitution et la loi.¹³

La jurisprudence administrative a confirmé que la liberté d'aller et venir est une « liberté fondamentale » au sens du référé-liberté. Le juge des référés du Conseil d'État peut être saisi en urgence s'il y a une atteinte grave et manifestement illégale à cette liberté par une autorité publique (article L.521-2 du Code de justice administrative). Par exemple, dans un arrêt du 3 mars 2021, le Conseil d'État a rappelé qu'un interdit général de sortie pour les résidents d'EHPAD constitue une atteinte grave à la liberté d'aller et venir, protégée par la Constitution et le CASF. Le juge a suspendu des recommandations administratives imposant un confinement absolu des résidents pendant la pandémie de Covid-19, sans distinction ni

¹¹ [Legifrance.gouv.fr](https://www.legifrance.gouv.fr)

¹² Relyens / ASSURANCE ET MANAGEMENT DES RISQUES, Liberté et sécurité des résidents en EHPAD : Concilier l'inconciliable <https://www.relyens.eu/fr>, 28 Mai 2021

¹³ Guide réflexion liberté EHPAD, <https://www.espace-ethique.org/>, Novembre 2016

aménagement. Cette décision montre que même en période de crise sanitaire, la liberté d'aller et venir des personnes âgées reste un droit fondamental : toute restriction générale et uniforme doit être examinée à l'aune des principes de nécessité et de proportionnalité (nous y reviendrons).

En résumé, la liberté d'aller et venir est un droit fondamental pour les résidents d'EHPAD, soutenu par les principes de liberté et de dignité de la personne. Le législateur l'a clairement inscrit dans le Code de l'action sociale et des familles, et les juges en assurent sa protection. Même si le résident peut être vulnérable, il reste un sujet de droit, libre de ses mouvements. C'est ce principe de base qu'il convient de respecter avant de considérer les éventuelles restrictions liées à la sécurité ou à l'intégrité.

2. Les limites à cette liberté pour des raisons de sécurité

La liberté d'aller et venir est un droit, mais dans certains cas, elle peut être restreinte pour des raisons de sécurité, que ce soit pour le résident ou pour les autres. En EHPAD, la question de limiter les déplacements se pose surtout à cause de la vulnérabilité de nombreux résidents : personnes désorientées risquant de fuguer, malades d'Alzheimer pouvant sortir sans discernement, ou personnes à mobilité réduite exposées aux chutes, par exemple. Les établissements doivent protéger les résidents, ce qui crée un dilemme constant entre sécurité et liberté.

Comment assurer la sécurité des résidents fragiles (prévenir les fugues, les chutes, ou les accidents) sans restreindre leur droit à se déplacer librement ? Ce dilemme est un défi quotidien pour les directeurs et soignants des EHPAD.

A) Obligation de sécurité de l'établissement et cadre juridique des restrictions.

Les EHPAD ont l'obligation de garantir la sécurité et la surveillance des personnes qu'ils accueillent. Cette obligation, qui découle du contrat de séjour et du devoir de prudence, est une obligation de moyens : l'établissement doit prendre toutes les mesures raisonnables pour assurer la sécurité du résident, en fonction de son état,

mais ne doit pas garantir un résultat absolu. Cela signifie juridiquement que la responsabilité de l'EHPAD ne sera engagée que si une faute est prouvée, comme un manque de surveillance ou une mauvaise organisation, et non simplement parce qu'un accident est survenu.

Ainsi, si un résident subit un dommage lors d'une fugue ou d'une altercation, l'établissement n'est pas automatiquement responsable. Par exemple, un automobiliste serait responsable en cas d'accident de la route, ou un autre résident en cas d'agression. Il est même possible qu'aucun responsable ne soit identifié, comme dans le cas d'un acte imprévisible, comme une automutilation ou un suicide.

En revanche, l'EHPAD sera responsable si le niveau de surveillance n'était pas adapté à l'état du résident ou aux risques connus. Le juge évaluera, après coup, si l'établissement a pris les précautions suffisantes en fonction de la dépendance et des antécédents du résident. Cette évaluation se fait au cas par cas : il est établi que le degré de surveillance doit être adapté à chaque résident et à la nature de l'établissement. Par exemple, un établissement spécialisé pour des résidents très désorientés doit être plus vigilant qu'un établissement classique. De même, un résident ayant des antécédents de fugue ou de chute nécessite une attention particulière.

Plusieurs décisions illustrent cette exigence d'adaptation. Dans un cas, une maison de retraite a été jugée responsable après qu'un résident ait été mortellement agressé par un autre. Il a été décidé qu'une seule aide-soignante surveillait 72 résidents la nuit. L'agresseur, qui avait des troubles du comportement connus, n'avait pas été pris en charge de manière appropriée, et l'aide-soignante avait enfermé l'agresseur en crise dans la même chambre que la victime endormie sous sédatif. Ces manquements ont été considérés comme un défaut de surveillance fautif, ce qui a engagé la responsabilité de l'établissement.¹⁴

En revanche, dans une autre affaire, une maison de retraite psycho-gériatrique spécialisée pour malades d'Alzheimer n'a pas été jugée responsable après la fugue d'un résident, décédé dans un accident de voiture. Bien que ce résident ait déjà fugué par le passé, le juge a estimé que l'établissement avait pris des mesures

¹⁴ Relyens / ASSURANCE ET MANAGEMENT DES RISQUES, Liberté et sécurité des résidents en EHPAD : Concilier l'inconciliable <https://www.relyens.eu/fr> , 28 Mai 2021

suffisantes : clôture grillagée, portes fermées à clé et rondes nocturnes toutes les deux heures. Le juge a précisé qu'accueillir des malades d'Alzheimer nécessite des précautions, mais ne justifie pas un enfermement de type hôpital psychiatrique. L'établissement avait donc trouvé un équilibre entre sécurité (mesures de verrouillage et surveillance renforcée) et respect de la liberté de mouvement, et n'a pas été jugé fautif.

De même, le Tribunal administratif de Grenoble, confirmé par la Cour administrative d'appel de Lyon, a jugé qu'une maison de retraite n'avait pas failli à ses obligations dans le cas d'une résidente de 83 ans atteinte de sénilité, décédée après une fugue. Il a été rappelé qu'une maison de retraite, qui doit rester un lieu de vie, ne peut pas imposer les mêmes contraintes qu'un établissement psychiatrique. Cette décision montre qu'une maison de retraite ne doit pas être transformée en prison pour des raisons de sécurité, même pour une personne très vulnérable.

Les juges rappellent aussi régulièrement la différence entre une personne âgée désorientée et un malade mental sous contrainte. Seules les personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement peuvent subir des restrictions de liberté aussi sévères. En résumé, l'EHPAD doit faire tout son possible pour prévenir les incidents, mais sans restreindre la liberté de ses résidents plus que nécessaire. Les tribunaux reconnaissent qu'on ne peut pas tout anticiper et qu'il est impossible d'éliminer tous les risques sans restreindre la liberté individuelle des résidents.

B) Nécessité, proportionnalité et individualisation des restrictions.

Il n'y a pas de loi qui autorise la privation de liberté d'un résident d'EHPAD, sauf en cas de tutelle, curatelle ou hospitalisation en psychiatrie. Toute restriction de liberté doit respecter trois principes stricts :

- ❖ **La nécessité** : La restriction doit être justifiée par un danger réel pour le résident ou autrui, comme prévenir un risque de chute ou d'errance. Elle ne

doit pas être imposée pour des raisons pratiques ou organisationnelles.¹⁵

- ❖ **La proportionnalité et l'adaptation** : La mesure doit être adaptée au risque et à la situation spécifique du résident. Elle doit être la moins contraignante possible et ne peut être générale pour tous. Elle doit aussi être limitée dans le temps et réévaluée régulièrement.¹⁶

La proportionnalité implique également de limiter la restriction dans le temps et de la réévaluer régulièrement. Une mesure peut être nécessaire à un moment donné (comme pendant une crise ou une phase aiguë de confusion), mais devenir injustifiée si l'état du résident s'améliore ou si le contexte change. Le Comité d'éthique (CCNE) a d'ailleurs souligné que toute mesure limitant la liberté d'aller et venir doit être « nécessairement limitée dans le temps, proportionnée et adaptée à chaque situation individuelle », notamment lors de la pandémie de Covid.¹⁷

- ❖ **L'individualisation** : Chaque décision de restriction doit être personnalisée, prenant en compte les capacités du résident, son consentement ou celui de son représentant, et son projet de vie. Les mesures doivent être décidées par une équipe pluridisciplinaire, après une évaluation du résident.

Les lois récentes (2021 et 2024) clarifient que les restrictions doivent être inscrites dans le contrat de séjour, et l'annexe peut être modifiée si nécessaire. Le résident ou son représentant peut refuser ou résilier le contrat sous certaines conditions. Ces mesures renforcent le cadre légal pour garantir que les restrictions sont justifiées, transparentes et acceptées.

En pratique, ces "restrictions encadrées" doivent être précisées dans le règlement de fonctionnement de l'établissement ou en annexe au contrat de séjour, afin que tout le monde soit informé. Cela peut inclure des systèmes de contrôle des sorties (par exemple, un code pour déverrouiller une porte, des bracelets d'alarme pour

¹⁵ Club Santé Social, 10 QUESTIONS SUR la liberté d'aller et venir dans les établissements, Nathalie LEVRAY, 25 Juillet 2014

¹⁶ Legifrance, Conseil d'État, Juge des référés, 03/03/2021, 449759, Inédit au recueil Lebon, 3 mars 2021

¹⁷ CCNE – Réponse à la saisine du ministère des solidarités et de la santé sur le renforcement des mesures de protection dans les EHPAD et les USLD, 30 mars 2020

certaines résidents vulnérables), des règles d'accompagnement (par exemple, un résident ayant des troubles cognitifs doit être accompagné par un membre du personnel ou un proche pour sortir), ou des mesures de contention physique en cas de danger immédiat (comme une ceinture de maintien sur fauteuil pour prévenir une chute grave si la personne tente de se lever seule).

Les mesures de contention sont très encadrées par la Haute Autorité de Santé et ne peuvent être utilisées qu'en dernier recours, sous surveillance médicale, et de manière proportionnée et temporaire. En général, toute restriction doit être clairement justifiée, documentée, expliquée au résident et à sa famille, et régulièrement réévaluée. L'idée principale est que la liberté d'aller et venir reste la règle, et que la restriction est l'exception, justifiée par la nécessité de protéger un résident.¹⁸

C) Obligations de l'établissement et jurisprudences marquantes.

Les EHPAD doivent concilier les exigences légales et les réalités pratiques en matière de sécurité. Ils ont une obligation de moyens renforcée, ce qui signifie que s'ils ne prévoient pas un danger prévisible ou ne prennent pas les mesures nécessaires pour prévenir un accident, ils peuvent être jugés responsables. Le juge sanctionne les manquements graves en matière de surveillance ou d'organisation qui mettent en danger les résidents. Par exemple, le Conseil d'État a confirmé la condamnation d'un établissement où un résident s'est blessé, car l'incident était dû à une mauvaise organisation et à un manque de surveillance.

Cependant, les tribunaux veillent à ne pas demander l'impossible ni à imposer des contraintes excessives. Une jurisprudence constante rappelle qu'un EHPAD n'est pas un établissement pénitentiaire ou psychiatrique et doit rester un lieu de vie ouvert. Par exemple, la Cour d'appel de Versailles a estimé en 1999 que la prise en charge des malades d'Alzheimer nécessite des précautions, mais ne justifie pas un enfermement comme dans un hôpital psychiatrique. De même, en 2006, la Cour administrative d'appel de Lyon a rejeté une demande de la famille d'une résidente,

¹⁸ Qualineo, Liberté d'aller et venir en ESSMS : cadre réglementaire et bonnes pratiques, 4 juillet 2024

estimant que l'EHPAD ne pouvait pas imposer les mêmes restrictions qu'un service de psychiatrie, même si la personne était désorientée. Ces arrêtés fixent des limites aux restrictions : un encadrement est nécessaire, mais un enfermement généralisé ne l'est pas.

En résumé, pour des raisons de sécurité, la liberté d'aller et venir peut être aménagée en EHPAD, mais ces aménagements doivent être strictement encadrés par la loi. Ils doivent respecter les principes de nécessité (protéger contre un risque réel), de proportionnalité (ne pas aller au-delà du nécessaire) et d'individualisation (tenir compte de la situation de chaque résident). L'établissement a le devoir de protéger les résidents, mais aussi de ne pas surprotéger au détriment de leurs droits fondamentaux. Cet équilibre délicat est inscrit dans la loi (CASF L.311-4-1) : les EHPAD doivent élaborer, en concertation avec une équipe pluridisciplinaire et avec l'accord du résident ou de son représentant, des mesures visant à soutenir la liberté de circulation tout en garantissant la sécurité physique de la personne.

En d'autres termes, la sécurité ne doit pas supprimer la liberté, mais la liberté ne doit pas ignorer les risques. Il s'agit de trouver un compromis basé sur une évaluation personnalisée des risques et sur des solutions qui respectent au maximum la liberté des résidents. C'est ce que nous aborderons dans la troisième partie concernant l'encadrement éthique et déontologique de ces questions.

3. L'encadrement éthique et déontologique

Au-delà des règles juridiques, la question de la liberté d'aller et venir en EHPAD soulève des enjeux éthiques importants. Comment respecter la dignité et l'autonomie des personnes âgées tout en assurant leur sécurité ? Quels principes guider les professionnels qui doivent choisir entre laisser un résident libre de ses mouvements ou le restreindre par précaution ? Depuis une vingtaine d'années, chartes, recommandations et avis d'éthique ont été créés pour aider à prendre ces décisions, en insistant sur le respect des résidents comme personnes ayant des droits et des désirs, malgré leur vulnérabilité.

A) Principes éthiques fondamentaux : dignité, autonomie, consentement.

Le premier principe est celui de la dignité. Il souligne qu'une personne âgée doit être considérée comme un être humain à part entière, avec son histoire et ses choix, et non simplement comme un patient ou un "risque". Respecter la dignité signifie aussi respecter la liberté de mouvement des résidents, à moins qu'il n'y ait une raison valable pour la restreindre.¹⁹

Le deuxième principe est l'autonomie. Il signifie que les résidents doivent pouvoir prendre leurs propres décisions, notamment pour leurs activités, horaires et sorties. La liberté d'aller et venir est essentielle à leur bien-être et à leur estime de soi. Les lois et chartes insistent sur la nécessité de garantir cette liberté, tout en l'adaptant aux besoins spécifiques du résident.²⁰

Le troisième principe est celui du consentement éclairé. Chaque résident a le droit d'accepter ou de refuser les décisions le concernant, après avoir été informé des conséquences. Si un résident n'est plus capable de donner son consentement, l'accord de son représentant légal doit être demandé. Par exemple, si une restriction de liberté est nécessaire, comme fermer une porte pour éviter des errances nocturnes, cela doit être fait avec l'accord du résident ou de sa famille. Les soignants doivent privilégier des méthodes douces et respectueuses, surtout dans les cas de démence avancée.

En résumé, ces principes éthiques insistent sur la nécessité de respecter la dignité, l'autonomie et le consentement des résidents, tout en trouvant un équilibre entre sécurité et liberté. L'objectif est de maintenir un cadre de vie respectueux, même en cas de dépendance.

¹⁹ Relyens / ASSURANCE ET MANAGEMENT DES RISQUES, Liberté et sécurité des résidents en EHPAD : Concilier l'inconciliable <https://www.relyens.eu/fr> , 28 Mai 2021

²⁰ Qualineo, Liberté d'aller et venir en ESSMS :cadre réglementaire et bonnes pratiques,04 Juillet 224

B) Recommandations déontologiques et guides de bonnes pratiques.

Consciente des défis à relever, la communauté médico-sociale en France a développé plusieurs guides et référentiels pour aider les professionnels à équilibrer liberté et sécurité en EHPAD. Un des documents clés est la recommandation issue de la conférence de consensus de novembre 2004, portant sur le thème « Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligations de soins et de sécurité ». Un groupe de professionnels (médecins, juristes, représentants d'usagers, etc.) a établi des principes directeurs toujours pertinents aujourd'hui.

Dès l'introduction, la conférence souligne que « la liberté d'aller et venir est un droit inaliénable de la personne humaine » et que tout doit être mis en œuvre pour favoriser ce droit, même en établissement. Elle élargit ce droit en y incluant la possibilité pour la personne de mener une vie ordinaire dans l'établissement de son choix, ainsi que la liberté de prendre ses propres décisions. La conférence reconnaît que l'enjeu principal est de « concilier pour chaque personne deux principes apparemment opposés : respecter la liberté et assurer la sécurité ». Cette conciliation doit être un travail continu et dépend de l'engagement des professionnels à garantir la sécurité tout en respectant la liberté.

Le texte souligne aussi que trop de restrictions ou un manque de personnel peuvent mener à la maltraitance. Au nom de la dignité, aucune mesure inhumaine ou dégradante, comme un enfermement injustifié, ne doit être tolérée. Parmi les recommandations concrètes de ce jury, validées par la Haute Autorité de Santé, on retrouve : identifier les motifs légitimes de restriction (par exemple, pour la sécurité du résident ou d'autrui, pour des raisons médicales avec le consentement du résident, ou pour des contraintes temporaires liées aux soins), et veiller à ce que chaque restriction soit justifiée par des bénéfices supérieurs aux risques.

Le jury recommande également que les règles soient clairement expliquées aux résidents et à leurs familles, que les mesures soient proportionnées et limitées dans le temps, et qu'elles soient mentionnées dans les documents officiels comme le projet d'établissement ou le règlement intérieur. Enfin, une personne de confiance ou

un représentant doit être impliqué pour défendre les droits du résident si nécessaire.²¹

Un aspect clé des bonnes pratiques est de privilégier, autant que possible, des solutions alternatives aux restrictions sévères. Par exemple, face à la déambulation fréquente des résidents atteints d'Alzheimer, la conférence de consensus (et des guides éthiques régionaux) recommande des réponses à la fois humaines, organisationnelles et architecturales. Cela inclut la présence accrue du personnel pour accompagner les résidents dans leurs déplacements, l'aménagement des locaux pour permettre une déambulation en boucle sans sortir (comme des couloirs protégés ou un jardin clos), et la vigilance du personnel à l'entrée de l'établissement plutôt que de verrouiller les portes en permanence.

Ces solutions nécessitent souvent plus de ressources humaines ou matérielles, mais elles permettent de limiter l'usage de la contention. Le guide de l'Espace éthique d'Île-de-France (2016) souligne que la réponse à la déambulation devrait être humaine, organisationnelle et architecturale, ce qui nécessite une formation suffisante des professionnels. L'idée est d'adapter l'environnement aux besoins du résident plutôt que de contraindre le résident à s'adapter aux limites de l'environnement.

Les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) encouragent également à encadrer strictement tout recours à des mesures restrictives. Le référentiel d'évaluation de la qualité des ESSMS (2022) impose aux établissements de soutenir la liberté d'aller et venir des résidents. Il les invite à former le personnel, à documenter chaque restriction (justification médicale ou sécuritaire), à limiter les restrictions aux besoins de sécurité ou de respect d'autrui, et à réévaluer régulièrement ces mesures. Par exemple, si un résident porte une barrière de lit ou un bracelet anti-fugue, cela doit être notifié dans son dossier et décidé de manière collégiale avec un avis médical. La HAS recommande aussi aux équipes de se poser des questions comme : « Les restrictions sont-elles justifiées et documentées ? » et « Les proches sont-ils informés ? » Ce processus de formalisation vise à

²¹ HAS, Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligation de soins et de sécurité, <https://www.has-sante.fr/> , 11 Janvier 2005

éviter les dérives, telles que verrouiller une unité entière par habitude, sans remettre en question la pertinence des mesures pour chaque résident.

Durant la crise du Covid-19, les questions éthiques sont devenues particulièrement importantes. Le Comité consultatif national d'éthique (CCNE) a été sollicité en mars 2020 concernant le confinement généralisé en EHPAD. Bien que le CCNE ait reconnu que le confinement strict pouvait être justifié par l'urgence sanitaire, il a émis de fortes réserves éthiques. Le comité a rappelé que toute restriction de liberté, y compris la liberté d'aller et venir, doit être limitée dans le temps, proportionnée et adaptée aux situations individuelles, et doit être expliquée aux résidents et à leurs familles. Il a recommandé des mesures pour éviter la souffrance des résidents, comme un accompagnement humain renforcé et le maintien des liens avec les proches via la visioconférence ou le téléphone. Ce positionnement éthique a influencé la décision du Conseil d'État en 2021, qui a levé l'interdiction de sortie pour les résidents vaccinés. On voit ici comment les arguments éthiques (dignité, autonomie, proportionnalité) et juridiques s'accordent pour défendre la liberté d'aller et venir.

III. TROISIÈME PARTIE : MÉTHODOLOGIE :

Dans le cadre de notre étude, nous avons utilisé une approche méthodologique mixte, en combinant des méthodes qualitatives et quantitatives. Ce choix nous permet de combiner la richesse descriptive du qualitatif avec la portée plus générale du quantitatif. Concrètement, deux outils ont été utilisés : des entretiens semi-directifs approfondis avec des directeurs d'EHPAD et un questionnaire en ligne destiné aux professionnels de la santé et du médico-social. Cette combinaison nous permet d'offrir une compréhension à la fois détaillée et globale de la problématique, en croisant les points de vue des responsables d'EHPAD et la perception des professionnels du secteur.

1. Les entretiens avec les Directeurs

La partie qualitative de notre recherche repose sur des entretiens semi-directifs réalisés avec des directeurs d'EHPAD. Grâce au réseau établi lors de mes précédents stages et au cours de mon alternance, nous avons pu solliciter pas mal de responsables d'établissements de type EHPAD. Ce type d'entretien a permis aux Directeurs interrogés de s'exprimer librement tout en étant guidés par des questions préparées. Voici les principaux points de ma grille d'entretien :

- ❖ **Objectifs des entretiens** : Notre objectif était de recueillir des témoignages détaillés sur la manière dont les établissements équilibrent la sécurité des résidents avec le respect de leur liberté d'aller et de venir. Nos entretiens cherchaient à identifier les pratiques en place, les dilemmes rencontrés et les idées d'amélioration proposées par les Directeurs d'EHPAD face à cette problématique.
- ❖ **Profil des personnes interrogées** : Des responsables d'EHPAD ont été choisies pour nos entretiens, et ont été désignées par des pseudonymes (X, Y, Z...) pour garantir leur anonymat. Chaque intervenant dirige un établissement médico-social pour personnes âgées dépendantes et possède

plus ou moins plusieurs années d'expérience dans le secteur, ce qui leur permet d'apporter des points de vue éclairés et diversifiés (en fonction de la taille de l'établissement, des réalités, etc.) sur le sujet.

- ❖ **Grille d'entretien** : J'ai réalisé en amont un guide d'entretien semi-directif qui a été validé par mon Directeur de mémoire (Annexe II). Ce guide, structuré autour de différents thèmes, couvre des sujets comme la définition de la liberté d'aller et venir dans l'établissement selon chaque Directeur, les dispositifs de sécurité qu'ils mettaient en place (portes sécurisées, géolocalisation, etc.), l'impact de ces mesures sur les libertés individuelles, les stratégies pour équilibrer sécurité et autonomie, l'implication des familles et des résidents dans les décisions, ainsi que les perspectives ou recommandations des directrices. Le guide comprenait des questions principales et des relances pour approfondir chaque sujet tout en restant centré sur la problématique.
- ❖ **Déroulement des entretiens (modalités)** : Les entretiens ont été réalisés soit en présentiel soit à distance par visioconférence, en raison parfois de contraintes de temps et organisationnelles. Chaque entretien a duré environ 45 minutes. Avant de commencer, j'informais chaque participant du contexte de l'étude et des conditions de l'entretien (objectif académique, confidentialité, anonymat). Avec leur consentement éclairé, les entretiens ont été enregistrés pour en faciliter la retranscription fidèle. Nous avons aussi précisé qu'il n'y avait pas de "bonne" ou "mauvaise" réponse, l'important étant la sincérité des propos. Ces précautions ont permis d'instaurer un climat de confiance propice à des échanges ouverts et authentiques.
- ❖ **Analyse thématique des entretiens** : Après la collecte, nous avons réalisé une transcription des entretiens puis une analyse de manière thématique. L'objectif de cette analyse était d'identifier les points communs et les divergences entre les discours des directeurs, afin de faire ressortir les enjeux partagés et les pratiques exemplaires ou spécifiques concernant la liberté d'aller et venir en EHPAD.

2. Les questionnaires avec les professionnels

En parallèle des entretiens, j'ai distribué un questionnaire pour recueillir un échantillon plus large d'opinions auprès des professionnels du secteur. Cet outil quantitatif nous permettra de mesurer la perception générale et la fréquence de certaines pratiques sur le terrain. Voici les principaux éléments méthodologiques de notre questionnaire :

- ❖ **Objectifs du questionnaire** : Nous cherchions à compléter nos données qualitatives en obtenant une vue d'ensemble des perceptions des professionnels aussi. Il s'agissait de recueillir l'opinion du personnel médico-social sur la liberté d'aller et venir en EHPAD ainsi que les mesures de sécurité associées. Le questionnaire avait pour but d'évaluer dans quelle mesure les professionnels estiment réussir à concilier ces deux priorités et d'identifier d'éventuels écarts entre les politiques annoncées et les pratiques quotidiennes.
- ❖ **Diffusion et échantillon** : Notre questionnaire a été créé sur la plateforme Google Forms pour faciliter sa diffusion et sa complétion. Le lien a été partagé en ligne avec des professionnels du secteur médico-social, principalement des membres du personnel d'EHPAD (cadres de santé, psychologues, soignants, etc.), via des réseaux professionnels et des contacts de l'Université. La participation était anonyme et volontaire. Le formulaire est resté ouvert pendant environ 1 mois, ce qui a permis de recueillir un nombre de réponses suffisant pour analyser les résultats. En tout, plusieurs dizaines de répondants ont participé, formant un échantillon indicatif, bien que non probabiliste.
- ❖ **Contenu du questionnaire** : Notre questionnaire était composé de questions fermées (à choix multiples ou à échelles) et de quelques questions ouvertes courtes. Il se divisait en plusieurs sections principales :
 - **Profil du répondant** (fonction, expérience, type d'établissement...) pour situer le contexte professionnel de chaque participant.

- **Pratiques de sécurité en EHPAD** : par exemple, la présence de dispositifs de contrôle des sorties, les procédures en cas de fugue, et les attitudes envers la liberté d'aller et venir (questions évaluant l'accord ou le désaccord avec des affirmations comme « La sécurité des résidents doit primer sur leur liberté de sortie » ou « Des solutions alternatives permettent de limiter les restrictions de liberté »).
- **Connaissance et formation** : niveau de connaissance du cadre réglementaire concernant la liberté d'aller et venir, ainsi que l'existence de formations ou de sensibilisations internes sur ce sujet.
- **Opinions et suggestions**: par exemple, les perceptions générales sur l'équilibre entre sécurité et liberté, ainsi que des recommandations libres des répondants pour améliorer les pratiques.

Les questions suivaient un ordre allant du général (perception globale) au plus spécifique (pratiques précises), en veillant à éviter toute formulation biaisée.

❖ **Analyse des données** : Les réponses à notre questionnaire ont été exportées depuis Google Forms vers un tableur excel pour des fins d'analyse. Des analyses statistiques descriptives ont été réalisées, en calculant les fréquences et pourcentages de chaque réponse pour dégager des tendances générales. Les résultats ont été présentés sous forme de graphiques (histogrammes, diagrammes circulaires) pour visualiser la répartition des opinions et pratiques des répondants. Les corrélations possibles entre le profil des répondants et leurs réponses (par exemple, différences de perception selon la fonction ou l'expérience) ont été explorées de manière indicative. Les questions ouvertes ont été analysées qualitativement, en identifiant les idées récurrentes exprimées par les participants. Cette analyse combinée, quantitative et qualitative, permet de quantifier certains phénomènes tout en illustrant les résultats avec des exemples ou des citations issues des commentaires libres.

3. Les limites

Bien que cette méthodologie mixte enrichisse notre étude, il est important de souligner plusieurs limites qui peuvent affecter les résultats :

- ❖ **Trouver des entretiens** : Il était difficile de réunir le nombre de directeurs d'EHPAD souhaité dans les délais impartis. Malgré de nombreuses demandes, seuls quelques responsables d'établissements ont pu nous accorder du temps. De plus, certains entretiens prévus ont dû être annulés en raison de contraintes imprévues rencontrées par les directeurs.
- ❖ **Taille des échantillons** : Le nombre de participants reste limité. Le volet qualitatif repose sur seulement quelques entretiens, ce qui réduit la diversité des points de vue, bien que ces entretiens offrent une analyse approfondie. De même, le nombre de répondants au questionnaire, malgré les efforts pour le diffuser, constitue un échantillon modeste par rapport aux objectifs dont nous nous étions fixés.

IV. QUATRIÈME PARTIE: État des lieux basé sur les entretiens et les questionnaires

Après avoir présenté la méthodologie utilisée pour mener à bien notre travail de recherche, nous allons analyser les résultats de nos entretiens et de notre questionnaire au vu de susciter une discussion approfondie et de formuler plus tard des recommandations qui vont découler des résultats.

1. Perception des directeurs et responsables d'EHPAD (*Analyse des entretiens*)

Afin d'obtenir des perceptions très claires sur mon sujet de mémoire, j'ai jugé primordiale d'interroger en premier lieu des responsables ou Directeurs d'établissement type EHPAD. Il font partie des premiers impliqués sur ce sujet. D'où j'ai décidé de solliciter des entretiens auprès de directeurs afin de mieux comprendre mon sujet. Nous avons réalisé des entretiens semi-directifs avec des directeurs d'établissements pour comprendre, sur le terrain, comment les professionnels trouvent un équilibre entre les exigences de sécurité et le respect des droits fondamentaux.

L'objectif était de comprendre comment les directeurs d'EHPAD arrivent à trouver un équilibre entre les exigences de sécurité et le respect des droits fondamentaux. Les informations recueillies nous permettront de mettre en évidence les convergences, divergences et tensions éthiques présentes dans la pratique quotidienne.

❖ Cadre réglementaire et définition du droit d'aller et venir des résidents

Avant d'analyser comment les établissements sécurisent les déplacements ou trouvent des solutions pour préserver l'autonomie, il est important de rappeler les bases légales qui guident leurs décisions. Cette première section clarifie le rôle de la liberté d'aller et venir, tant dans la loi que dans les pratiques professionnelles.

Tout d'abord, les directeurs interrogés sont d'accord sur le fait que chaque résident en EHPAD a le droit de circuler librement, à la fois à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement, conformément aux lois et principes éthiques en vigueur. L'une d'elles souligne que « *la liberté d'aller et venir est encadrée par les outils de la loi de 2002, notamment la charte des droits et libertés* », qui sert de base de travail en établissement. Concrètement, cela signifie que « *tous les résidents ont ce droit de sortir de l'établissement quand ils le souhaitent* », et que le rôle de l'équipe est d'encadrer et d'identifier les risques liés à chaque situation. Une autre directrice insiste sur l'importance d'une approche personnalisée : on ne peut pas traiter de la même manière des résidents avec des niveaux d'autonomie différents. Ainsi, « *si un résident ne se met pas en danger, il fait ce qu'il veut, c'est à nous de nous organiser autour de son projet de vie* », affirmant que la liberté de mouvement « ne se discute même pas » pour un résident autonome ou peu désorienté.

Cependant, cet idéal légal et théorique se confronte à la réalité de certains publics vulnérables, en particulier les personnes atteintes de troubles cognitifs sévères. Selon l'avis général, les unités protégées (destinées aux personnes désorientées, comme les unités Alzheimer) sont une exception nécessaire : « *Chacun est libre d'aller et venir comme il le souhaite... sauf bien sûr en unité protégée, où c'est plus compliqué et le résident ne peut pas forcément sortir seul* », reconnaît une directrice. Juridiquement, aucune privation totale de liberté n'est explicitement autorisée en EHPAD, ce qui met ces professionnels dans une situation délicate. Tous admettent que confiner une personne désorientée pour sa sécurité crée une tension avec le droit. Cependant, ils estiment que cette mesure est parfois nécessaire pour éviter un danger immédiat, en attendant de trouver de meilleures solutions d'accompagnement. Cette tension entre un droit garanti par la loi et les impératifs de protection est au centre de leur réflexion, et chacun cherche à y répondre par des compromis raisonnables, plutôt que par une règle absolue.

Les entretiens montrent que la vision de la liberté d'aller et venir varie selon la philosophie de chaque direction. Comme le souligne l'une des responsables, certains directeurs sont « *beaucoup plus ouverts à la liberté d'aller et venir, tandis que d'autres privilégient davantage la restriction* », en fonction de leur expérience dans le secteur. La culture managériale et éthique de l'établissement influence donc

l'application du cadre réglementaire. Une direction sensibilisée aux droits des usagers cherchera à innover pour respecter la liberté, tandis qu'une approche plus conservatrice favorise la sécurité. Malgré ces différences, les directeurs interrogés partagent une volonté commune de concilier sécurité et respect des libertés, en s'appuyant sur le cadre légal (charte de 2002, droits des usagers) tout en étant conscients de leurs responsabilités en cas d'incident.

❖ Dispositifs de sécurité en place pour prévenir les risques

Une fois les bases juridiques établies, nous avons essayé d'analyser comment la sécurité est réellement mise en place au sein des EHPAD. Cette deuxième thématique nous permet de décrire les outils matériels et organisationnels utilisés pour prévenir les fugues et les accidents, ainsi que les raisons qui justifient leur choix.

Pour prévenir les risques liés aux déambulations ou sorties inappropriées, chaque établissement a mis en place des mesures de sécurité qui se ressemblent souvent. La plus courante est le contrôle des accès avec des portes à code (digicode), surtout pour les unités protégées et les sorties du bâtiment. Par exemple, les unités Alzheimer sont verrouillées en permanence et nécessitent un code pour entrer ou sortir, afin d'éviter que les résidents désorientés ne s'échappent par accident.

Dans les espaces accessibles à tous les résidents, les pratiques varient un peu. Deux directrices interrogées expliquent que la porte principale de l'EHPAD reste ouverte durant la journée, et que le digicode n'est activé que la nuit ou lorsque le personnel est absent à l'accueil. Une troisième, en arrivant dans son établissement (en décembre 2024) « *verrouillé* » en permanence, avec des codes partout et non communiqués aux résidents ni aux familles, a jugé cette situation « *plus contraignante qu'autre chose* ». Elle a donc choisi une approche différente : elle a communiqué le code aux proches et l'a affiché de manière visible, pour ne plus gêner inutilement les allées et venues. Cette mesure, mise en place en concertation avec l'évaluation son équipe, a été positive : « *Il n'y a aucun risque supplémentaire à*

afficher le code », remarque-t-elle, aucun incident majeur n'ayant eu lieu grâce à cette transparence.

En contrepartie, lorsque les établissements assouplissent une mesure de sécurité, ils renforcent d'autres pour maintenir une sécurité suffisante. Par exemple, la directrice qui a rendu les codes accessibles a aussi mis en place des bracelets anti-fugue pour tous les résidents : « *Si un résident passe le portail avec son bracelet, ça sonne* », explique-t-elle, ce qui alerte le personnel tout en permettant un accès libre à la porte. Ce système repose sur le port volontaire par le résident d'un bracelet ou médaillon connecté. Dans son établissement, cette alarme discrète au portail, combinée à un portail extérieur fermé, permet aux résidents de se déplacer librement dans le bâtiment et le jardin clos sans surveillance constante.

D'autres technologies sont aussi utilisées : une directrice parle de « *dispositifs d'appel malade avec géolocalisation* » dans son établissement, mais admet que cela fonctionne seulement à l'intérieur du bâtiment. « *Si un résident est à trois kilomètres, je ne pourrai pas le retrouver* », précise-t-elle. Cette limite technique montre que, sans GPS étendu, la sécurité à l'extérieur repose encore sur la vigilance humaine. Enfin, une directrice se distingue en affirmant qu'ils n'utilisent pas de bracelet anti-fugue, expliquant que « *ce n'est pas dans l'état d'esprit* » de l'établissement. Elle privilégie des solutions humaines (surveillance par le personnel) et architecturales plutôt que des dispositifs électroniques de traçage, par choix éthique ou culturel.

Parmi les autres outils de prévention mentionnés, la vidéosurveillance est également utilisée : plusieurs établissements ont installé des caméras pour surveiller les sorties stratégiques. Cette mesure ne soulève pas d'objections importantes : « *Ce n'est pas un sujet du tout... ni pour les caméras, ni pour le digicode. Tant que les familles ont le code pour entrer et sortir comme elles veulent, il n'y a pas de problème* », explique une directrice, suggérant que la vidéosurveillance est perçue comme une mesure acceptable ou même nécessaire.

Chaque EHPAD dispose naturellement de protocoles en cas de fugue ou de disparition imprévue, conformément à la législation. L'une des directrices évoque un protocole de « *sortie inopinée* » bien établi dans son établissement. Une autre

confirme qu'en cas d'alerte, les procédures sont les mêmes qu'ailleurs : fermeture des sorties, recherche active, appel aux secours si nécessaire.

En résumé, les points communs en matière de sécurité incluent l'utilisation de portes sécurisées (au moins la nuit ou dans les unités de vie protégées (UVP), des systèmes d'alarme ou de vigilance, et des règles internes pour réagir en cas d'incident. Les différences concernent le degré d'ouverture permis (portes ouvertes le jour ou en permanence fermées et codées) et l'utilisation de technologies « assistées » comme les bracelets connectés ou la géolocalisation, que certains directeurs encouragent et d'autres non. Il est important de noter que toutes ces mesures visent à réduire le risque de mettre en danger les résidents, tout en préservant leur liberté de circulation dans des limites raisonnables.

❖ Impact des mesures de sécurité sur les libertés et garde-fous contre l'approche restrictive

Lors de nos entretiens j'ai jugé bon de ne pas seulement me limiter à la description des dispositifs que les directeurs d'établissement mettaient en place. Nous avons aussi évalué leur impact sur la vie quotidienne des résidents. Dans cette troisième partie de ma grille d'entretien, nous avons examiné comment ces mesures affectent l'expérience de la liberté et comment les équipes cherchent à éviter les dérives pouvant exister.

L'ensemble des directeurs interrogés sont pleinement conscients que chaque mesure de sécurité entraîne une restriction de la liberté d'aller et venir. Trouver un bon équilibre consiste donc à limiter ces restrictions et à en réduire l'aspect frustrant ou infantilisant pour les résidents. Par exemple, lorsque la porte est verrouillée avec un digicode, la liberté du résident est restreinte : « *Bien sûr, cela restreint. Les résidents n'ont pas le code, s'ils veulent sortir après 18h, ce n'est pas possible, c'est fermé* », reconnaît une directrice à propos de la fermeture nocturne. Cette constatation est partagée par ses collègues, qui admettent qu'il est impossible d'éviter totalement la restriction de liberté tant que des mesures légères existent. Cependant, tous insistent sur l'importance d'éviter toute forme d'infantilisation ou de traitement indigne.

Plusieurs bonnes pratiques ressortent de leurs témoignages. L'une d'elles consiste à privilégier l'accompagnement et la ruse bienveillante plutôt que l'opposition directe lorsqu'un résident désorienté cherche à sortir. « *On ne va pas fermer la porte devant lui en disant "non, vous ne pouvez pas sortir, ce n'est pas possible"* », explique une directrice à propos d'un résident de l'unité protégée qui insiste pour sortir. Au lieu de cela, le personnel lui ouvre la porte, l'accompagne pour une petite promenade, puis l'invite à revenir tranquillement. Cette approche évite le sentiment d'enfermement et de confrontation, tout en assurant sa sécurité.

De même, plutôt que d'interdire un accès, un EHPAD a choisi de rendre le digicode accessible aux résidents capables de l'utiliser, et d'expliquer clairement aux autres pourquoi la porte est fermée à certaines heures. « *Les résidents qui peuvent, ils ont le code. Ceux qui ne le peuvent pas, on leur explique que l'établissement est fermé de telle heure à telle heure* », indique la directrice, qui estime qu'ainsi « *on ne tombe pas dans l'infantilisation* », même si la restriction reste présente. La transparence et la pédagogie sont donc essentielles : traiter les résidents comme des adultes, leur expliquer les règles de sécurité et les impliquer (par exemple en portant un bracelet d'alarme sur base volontaire) permet de maintenir un climat de respect mutuel.

Un autre moyen d'éviter une approche trop restrictive est de s'assurer que l'environnement de la personne âgée reste un lieu de vie « *normalisé* » et stimulant, malgré les mesures de sécurité. L'une des directrices a remarqué que son unité protégée avait pris un aspect trop infantilisant (comme de la vaisselle en plastique, des décorations fixées pour éviter les accidents, etc.). Elle a donc décidé de réintroduire du confort domestique : « *on remet des nappes, on remet des verres* », là où tout avait été retiré par excès de précaution. Bien qu'un vase fixé ou l'absence de verrerie éliminent les risques de casse ou de blessure, cela prive les résidents de leur cadre de vie habituel. En réintroduisant des objets du quotidien, cette directrice cherche à éviter l'impression d'un environnement aseptisé et infantile. « *C'est une unité qui a été un peu infantilisée. C'est ce qu'on essaie d'enlever* », dit-elle. Cet effort s'inscrit dans une démarche de bientraitance : il s'agit de ne pas surprotéger au point de priver la personne de la possibilité d'agir ou de décider, même pour de petites choses.

Enfin, les directeurs interrogés soulignent que la balance entre sécurité et liberté se mesure en termes de bénéfices et de risques. Il s'agit d'évaluer en permanence l'utilité d'une contrainte par rapport à la liberté qu'elle restreint. L'exemple des contentions physiques est parlant : dans l'un des établissements, la directrice a réduit l'usage des ceintures de maintien en fauteuil, estimant qu'elles limitent la liberté de mouvement. Elle n'a accepté de les réintroduire que lorsque « *selon la famille, il y avait un risque de chute important* », c'est-à-dire lorsque la sécurité (prévenir des chutes graves) justifiait la restriction de liberté. De même, si des résidents demandent eux-mêmes une mesure contraignante (comme relever les barrières de lit la nuit par peur de tomber), leur choix est respecté. Ainsi, la volonté du résident et le principe de précaution doivent être équilibrés. Il n'y a pas de solution simple ni de règle unique : « *On n'a pas trouvé de solution type pour concilier sécurité et liberté... c'est un sujet pas facile* », reconnaissent les personnes interrogées, soulignant qu'il est essentiel de trouver un juste milieu en permanence.

❖ Arbitrages éthiques : tensions entre impératif de sécurité et respect de la liberté

Notre constat tout au long de cette expérience, c'est que les responsables d'établissements font face à des dilemmes éthiques fréquents. Sur cette partie, nous allons analyser et mettre en évidence les tensions entre protection et autonomie, ainsi que les critères utilisés pour prendre des décisions dans les situations complexes.

Plusieurs situations concrètes rapportées par les directeurs illustrent les dilemmes éthiques auxquels ils sont confrontés. Ces exemples montrent des cas variés où il est difficile de tracer la limite entre protection bienveillante et atteinte à la liberté.

Un premier cas, extrême mais réel, est évoqué par la directrice d'un EHPAD : « *On a une résidente qui se balade seule dans la ville et qui se met en danger, elle mériterait un secteur protégé. Mais elle et sa famille refusent* », explique-t-elle. La résidente a 95 ans, souffre de troubles cognitifs, erre parfois hors de l'établissement et s'expose à des risques (chutes, désorientation...). Cependant, « *la famille accepte que madame se promène, même si quelque chose lui arrive* », estimant qu'à son âge, la laisser vivre librement est plus important que tout le reste. « *Quitte à ce qu'il*

lui arrive quelque chose, mais elle aura profité, plutôt que de subir son enfermement », expliquent ses proches. Cette situation montre une tension directe entre la liberté individuelle et le devoir de protection : l'équipe se sent responsable et en difficulté (« *C'est un peu délicat, sachant que ça vous met en responsabilité* »), tandis que la famille et la résidente veulent choisir librement, même au prix du risque.

Ici, le consentement de la personne et de ses proches s'oppose aux protocoles classiques de sécurité, mettant la directrice face à un choix difficile. Jusqu'où peut-elle respecter la volonté de la résidente ? Lors de l'entretien, il semble que la liberté soit privilégiée, même si cela génère de l'anxiété chez les soignants. Ce cas soulève également la question de la responsabilité juridique de l'établissement en cas d'accident : concilier liberté et sécurité, c'est aussi accepter un certain risque, ce que tout le monde n'est pas prêt à assumer.

À l'inverse, une autre directrice raconte l'attitude d'une famille demandant plus de sécurité, même au prix d'une restriction. À son arrivée, elle a voulu supprimer des contentions utilisées par ses prédécesseurs, comme des ceintures empêchant les résidents de se mouvoir dans leurs fauteuils roulants. Cependant, « *une famille, pour qui la contention avait été retirée, s'est opposée* », craignant un risque de chute important. Malgré sa conviction que le résident pouvait rester libre de ses mouvements, la directrice a « *accepté et suivi la volonté de la famille* » en réinstallant la ceinture pour rassurer les proches.

Ce compromis montre l'importance de la relation avec les familles : leur perception du risque et leur acceptation des libertés du résident influencent beaucoup les décisions prises. Dans ce cas, la famille privilégie la sécurité physique au détriment de l'autonomie, par crainte des conséquences d'une chute. Cette décision soulève une question éthique : en contraignant ainsi le résident, protège-t-on vraiment sa sécurité ou répond-on simplement à l'inquiétude de la famille ? La décision reposait sur le principe de précaution médicale (éviter un traumatisme crânien, par exemple), mais elle n'a pas été prise sans débat interne sur la liberté restante du résident attaché.

Ces deux cas montrent que les valeurs des parties prenantes peuvent être très différentes : certains (familles ou résidents) privilégient la liberté individuelle, même si cela comporte un risque, tandis que d'autres préfèrent la sécurité maximale, même si cela réduit la liberté. Les directeurs essaient de naviguer entre ces deux positions en respectant au mieux la volonté du résident tout en garantissant un niveau de sécurité "*acceptable*" sur le plan éthique et légal. Parfois, c'est même le résident lui-même qui demande une mesure restrictive, ce qui complique encore la question de la liberté. Comme le note une directrice, « *certaines résidents demandent parfois pour leur sécurité le soir d'avoir les barrières de lit* », ce qui « *est aussi une restriction des libertés* ». Dans ce cas, la liberté se manifeste paradoxalement par la demande d'une contrainte : le résident choisit d'avoir la barrière pour se sentir en sécurité, et l'équipe respecte ce choix. Cela montre que la notion de liberté en EHPAD n'est pas simplement une question de "*tout ou rien*" ; elle peut aussi signifier laisser la personne choisir le compromis entre sa sécurité et son autonomie.

Enfin, tous les directeurs interrogés s'accordent à dire que ces décisions seraient mieux éclairées par des réflexions éthiques collectives. Elles évoquent l'idée de faire appel à un comité d'éthique ou d'organiser des discussions sur ces sujets. Par exemple, l'une mentionne que la question de la liberté pourrait être abordée en commission éthique pour confronter les points de vue et établir des lignes directrices communes. Une autre a mis en place un « *café éthique* » réunissant des résidents pour discuter de divers sujets liés à la bien-traitance ; bien que « *pour l'instant, il n'y ait pas eu de retour spécifique sur les libertés d'aller et venir* », la démarche est en place. Cela montre qu'il existe une prise de conscience que les décisions sur ces questions vont au-delà du simple règlement intérieur : elles concernent les droits fondamentaux, la dignité et nécessitent une réflexion morale continue. Les directeurs se positionnent comme des médiateurs entre la loi, la morale, les attentes des familles et le bien-être des résidents, sans solution facile mais avec la responsabilité de prendre les meilleures décisions pour chacun.

❖ Implication des résidents et des familles dans la gestion de la liberté d'aller et venir

Trouver un équilibre durable nécessite la participation active de toutes les parties prenantes. D'où cette partie lors de nos entretiens afin d'examiner les démarches de

concertation, de communication et de co-construction mises en place avec les résidents et leurs proches.

Le rôle des familles et des résidents dans la prise de décision et la réflexion sur ces enjeux est un élément clé qui ressort des entretiens. Les pratiques varient d'un établissement à l'autre, mais il y a une tendance générale à favoriser plus de concertation et de transparence avec les parties prenantes.

Dans un établissement, la psychologue prévoit bientôt un groupe de parole avec des résidents pour discuter de leur ressenti par rapport à la liberté d'aller et venir. L'objectif est de donner la parole aux résidents, de comprendre comment ils vivent les restrictions et de connaître leurs attentes. La directrice précise que, pour l'instant, « *les familles ne sont pas invitées à ce groupe* », car l'initiative se concentre d'abord sur la parole des résidents. Cependant, elle ajoute que la psychologue est disponible pour discuter individuellement avec toute famille ayant des questions ou des préoccupations à ce sujet, afin de répondre à chaque cas. Cela montre une volonté de ne pas exclure les proches, tout en offrant aux résidents un espace pour s'exprimer librement, sans la présence systématique de leur famille. En effet, les intérêts du résident et de ses proches ne coïncident pas toujours (comme mentionné précédemment), d'où l'importance d'écouter chaque voix séparément avant de confronter les points de vue.

Dans d'autres établissements, l'approche est plus inclusive dès le départ. Une directrice explique que « *les familles et les résidents sont invités à participer à ces moments de discussion* » où l'on aborde les questions de droits et de libertés. Elle parle d'un comité "bientraitance" au sein de son EHPAD, où l'on discute des risques liés aux droits et libertés des résidents, en présence des représentants des familles et des résidents. Cela ressemble à un groupe de réflexion éthique ou à une extension des missions du Conseil de la Vie Sociale (CVS).

De plus, lorsqu'il s'agit d'organiser des sorties, cette directrice précise qu'elles concernent aussi bien les résidents de l'unité protégée que ceux de l'EHPAD classique, et que les familles peuvent y participer. Cette ouverture reflète une philosophie de co-construction des projets de vie : en impliquant activement les proches et les résidents dans les décisions (comme pour autoriser une sortie, définir

une règle ou réfléchir à des améliorations), on légitime les mesures prises et on s'assure qu'elles correspondent aux souhaits du résident autant que possible.

Une autre directrice admet être encore au début du processus participatif. « *Pas encore* », répond-elle lorsqu'on lui demande si les familles et les résidents sont impliqués dans le travail sur l'autonomie en unité protégée. Elle explique qu'elle se concentre d'abord sur l'équipe soignante : « *Pour l'instant, on travaille sur les équipes* », car il y a beaucoup à faire pour changer les habitudes internes. Par exemple, elle doit convaincre le personnel qu'il est possible de donner un verre en verre sans danger. L'établissement sort d'une période très contraignante et doit d'abord être transformé de l'intérieur. Cependant, elle prévoit d'engager les instances participatives : « *C'est prévu* », dit-elle à propos de l'implication du Conseil de la Vie Sociale (CVS). « *Lors du prochain CVS, nous prévoyons de travailler sur la réflexion de non-restriction* », au moins pour l'EHPAD, hors unité protégée, dans un premier temps. Impliquer le CVS, qui réunit des représentants des résidents, des familles, du personnel et de la direction, semble être la prochaine étape pour discuter des libertés d'aller et venir et des restrictions éventuelles. Par ailleurs, l'établissement dispose d'un comité d'éthique formel. Bien que ce comité n'ait pas encore traité ce sujet en profondeur, l'initiative montre qu'une réflexion avec un « *œil extérieur* » ou pluridisciplinaire peut aider à trouver des solutions équilibrées.

En résumé, les directeurs d'établissement intègrent progressivement les résidents et leurs proches dans la gestion des libertés, par le biais de groupes de discussion, de comités spécialisés ou du CVS. Cette approche est en ligne avec les recommandations du secteur médico-social (loi 2002-2, qui soutient le droit d'expression des usagers, et l'évaluation HAS qui insiste sur la liberté d'aller et venir).

Elle permet de partager la réflexion éthique et de réduire les malentendus. En impliquant les familles et les résidents dans les décisions, les EHPAD peuvent mieux ajuster leurs mesures : par exemple, accepter ensemble qu'un dispositif électronique soit préférable à une porte fermée, ou reconnaître qu'une contrainte trop dure doit être allégée. Cette co-construction aide aussi le personnel à comprendre le point de

vue du résident, et les familles à mieux comprendre les responsabilités de l'établissement. Tous les directeurs s'accordent sur un point : la communication et l'explication sont essentielles pour concilier sécurité et liberté sans conflits inutiles.

En conclusion, l'analyse des entretiens montre de fortes convergences dans les discours des directeurs d'établissements : tous reconnaissent la liberté d'aller et venir comme un droit fondamental et cherchent, chacun à leur manière, à la préserver tout en assurant la sécurité des résidents vulnérables. Ils témoignent d'une vigilance éthique constante, jonglant avec des contraintes matérielles (bâtiment, effectifs), des outils disponibles et les attentes parfois contradictoires des familles et des résidents.

Cependant, des divergences apparaissent dans les moyens utilisés (technologie vs approche humaine, ouverture des accès d'une part et les contrôles stricts d'autre part), ce qui reflète les différentes cultures d'établissement et les expériences personnelles de chacune. Les échanges ont mis en évidence plusieurs leviers d'action pour mieux concilier sécurité et libertés individuelles en EHPAD : renforcer les équipes et la formation, adapter l'architecture des unités protégées, utiliser des solutions techniques proportionnées, innover dans l'animation (par exemple avec un simulateur de voyage) et, surtout, impliquer les résidents et leurs familles dans la co-construction des pratiques.

Finalement, le défi de concilier "sécurité et liberté" nécessite de trouver un juste milieu réfléchi. Comme le résume l'une des directrices, il faut éviter deux extrêmes : *« en les protégeant trop, on les prive »* mais, à l'inverse, ne pas les protéger suffisamment serait tout aussi contraire à la bienveillance attendue. Les directeurs d'établissements apparaissent ainsi comme des équilibristes du quotidien, ajustant sans cesse le curseur entre protection et autonomie, afin que l'EHPAD reste un lieu de vie respectueux des libertés de chacun, tout en prévenant les risques liés à la vulnérabilité des résidents.

Leurs témoignages s'alignent avec la problématique du mémoire : « *Comment concilier sécurité et respect des libertés individuelles des résidents en EHPAD ?* » Ils montrent que cette conciliation nécessite une démarche réflexive, collective et créative, centrée sur le résident, et soutenue par un cadre institutionnel en évolution. Les enseignements tirés de ces entretiens offrent des pistes concrètes pour améliorer les pratiques, tout en soulignant le besoin d'un soutien plus large (formation, ressources, reconnaissance) pour maintenir un équilibre éthique durable dans nos institutions.

2. Perceptions des professionnels de santé et du médico-social (Analyse des questionnaires)

❖ Profil des répondants

La question abordée est : “ *La répartition des répondants selon leur lien avec les EHPAD.*”

Le questionnaire a été distribué à 33 professionnels du secteur sanitaire et médico-social (Infirmier, Aides-soignantes, Médecins etc...). La majorité des participants n'avaient pas de lien direct avec les EHPAD (45%, soit 15 répondants), tandis qu'environ un quart avait eu un contact antérieur avec un EHPAD, par exemple via un proche ou une expérience passée (8 répondants). Un peu plus d'un cinquième ont mentionné un autre type de lien (7 répondants, possiblement des professionnels ou des bénévoles travaillant en EHPAD), et seuls 3 participants (9%) étaient des familles de résidents actuels. Ce panel diversifié indique des points de vue variés, allant de personnes connaissant peu le fonctionnement des EHPAD à d'autres ayant une expérience plus personnelle.

Le groupe est majoritairement jeune : 24 répondants ont moins de 30 ans (73%), 8 ont entre 30 et 49 ans (24%) et un seul a entre 50 et 64 ans (3%). Cela montre que l'échantillon est principalement composé de jeunes professionnels ou d'étudiants en santé. Enfin, presque tous les participants (30 sur 33) avaient déjà visité un EHPAD,

ce qui suggère qu'ils avaient au moins une connaissance de terrain de ce type d'établissement.

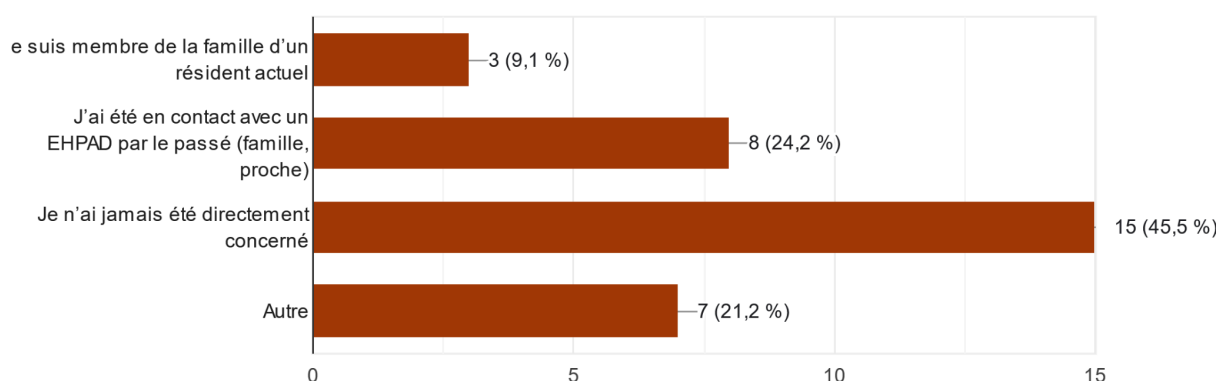
❖ Attitudes vis-à-vis de la liberté de sortie des résidents

La question abordée est : *“Opinions sur la possibilité pour un résident de sortir librement de l'établissement.”*

Une question importante portait sur la possibilité pour les résidents en EHPAD de sortir librement. Il y a un consensus en faveur de cette liberté, mais avec des conditions dans la plupart des cas. En effet, 29 répondants sur 33 (88%) estiment que les résidents devraient pouvoir sortir, mais « *sous certaines conditions* », comme un accompagnement ou une autorisation. Trois répondants (9%) estiment que la sortie devrait être possible « *oui, toujours* », sans aucune restriction, affirmant ainsi un droit inconditionnel de sortie. Aucune personne n'a répondu « *non* » de manière catégorique, et une seule (3%) est restée indécise (« *Je ne sais pas* »). Ces résultats montrent que 97% des professionnels interrogés sont favorables à ce que les résidents puissent sortir, mais la grande majorité recommande d'encadrer ces sorties. Les conditions proposées reflètent une préoccupation pour la sécurité : la liberté de mouvement est vue comme importante, mais elle doit se faire dans des limites assurant la protection des résidents vulnérables.

Quel est votre lien avec les EHPAD ?

33 réponses



Cette préoccupation pour la sécurité se retrouve également dans les réponses à une autre question : « *Seriez-vous inquiet si un de vos proches en EHPAD sortait seul ?* ». Personne n'a répondu qu'il n'était "*pas du tout inquiet*". Au contraire, 10 personnes (30%) ont indiqué qu'elles seraient « *très inquiètes* » et 8 (24%) « *un peu inquiètes* ». Il est intéressant de noter que 20 répondants (61%) ont répondu « *cela dépend de son état de santé* », ce qui montre que le niveau d'inquiétude varie en fonction de la condition physique et cognitive du résident. En d'autres termes, beaucoup seraient surtout inquiets si le proche est fragile ou désorienté. Cette inquiétude générale montre que, bien que les professionnels soutiennent en principe la liberté de mouvement, ils sont conscients des risques que comporte la sortie d'un résident vulnérable sans supervision. Cela révèle une tension entre leurs convictions et leurs inquiétudes personnelles : ils valorisent l'autonomie des personnes âgées, mais, dans une situation familiale, ils expriment une appréhension naturelle face au danger d'errance ou d'accident. Cela illustre la complexité de concilier liberté et sécurité : le risque zéro n'existe pas, et même ceux qui défendent la liberté reconnaissent implicitement la nécessité de prendre des précautions.

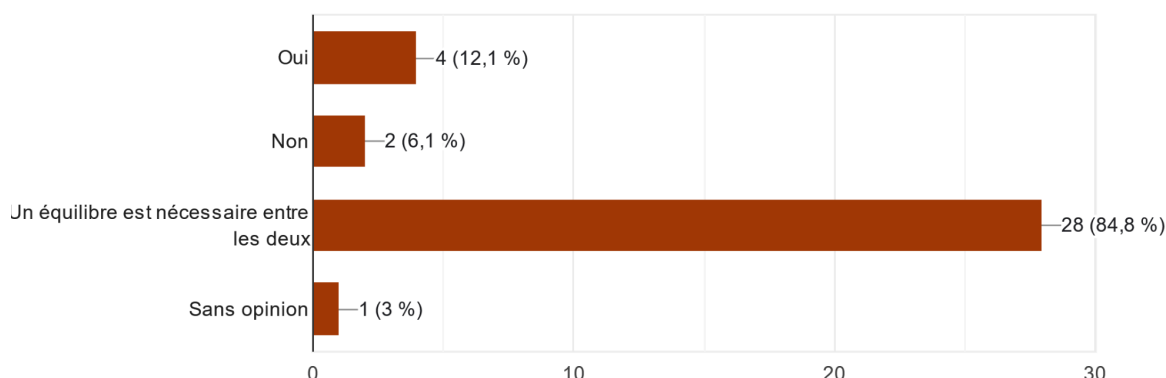
❖ **Équilibre entre sécurité et liberté : priorités perçues**

La question abordée est : "Priorité accordée à la sécurité ou à la liberté de mouvement en EHPAD."

Lorsqu'on leur a demandé si la sécurité devait primer sur la liberté de mouvement en EHPAD, les professionnels ont largement soutenu l'idée d'un équilibre entre les deux. Ainsi, 26 répondants (environ 79%) ont choisi « *Un équilibre est nécessaire entre les deux* ». Seuls 3 répondants (9%) pensent que « *la sécurité doit primer* » systématiquement, et 1 personne (3%) estime que la liberté d'aller et venir doit primer sur la sécurité. Un répondant a indiqué « *Sans opinion* ». Il est intéressant de noter que deux participants ont coché plusieurs options (par exemple, « *Non* » et « *Un équilibre est nécessaire* »), ce qui montre peut-être une hésitation ou une difficulté à choisir une réponse définitive, mais confirme l'importance qu'ils accordent à la recherche d'un juste milieu.

Selon vous, la sécurité doit-elle primer sur la liberté de mouvement en EHPAD ?

33 réponses



Globalement, le message est clair : pour près de 80% des professionnels, ni la sécurité ni la liberté ne doivent dominer l'autre. Il est important de trouver un équilibre entre ces deux impératifs. Ils reconnaissent que la protection des résidents est essentielle, mais que la privation de liberté est problématique. Comme l'a exprimé une directrice d'EHPAD, « *On a du mal aujourd'hui à concilier la liberté d'aller et venir et la sécurité des résidents. Je pense qu'on a un gros travail à faire sur les mentalités des salariés.* » Cette remarque rejoint l'avis des répondants : il est nécessaire de changer les mentalités et les pratiques pour ne plus opposer systématiquement la sécurité à l'autonomie du résident.

La loi et les textes officiels soulignent aussi cette nécessité de conciliation. Le Code de l'action sociale et des familles (art. L311-3) garantit « *l'exercice des droits et libertés individuels, y compris le droit à aller et venir librement* » aux personnes accueillies en EHPAD. De plus, la Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante affirme que « *toute personne âgée dépendante doit conserver sa liberté de se déplacer* ». Par conséquent, la sécurité ne peut pas justifier une suppression totale de la liberté de mouvement, sauf dans des cas exceptionnels définis par la loi. Les professionnels semblent en être conscients et se positionnent en faveur d'une approche équilibrée, respectant le droit fondamental à la liberté de circulation tout en assurant la sécurité.

La plupart des répondants perçoivent aussi les effets négatifs des restrictions de liberté. À la question « *Pensez-vous que restreindre la liberté d'aller et venir d'un*

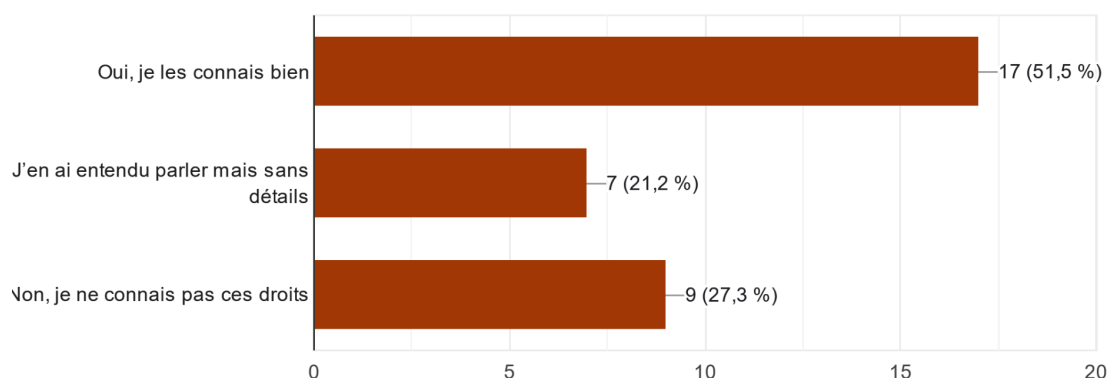
résident peut affecter son bien-être ? », 27 personnes (82%) ont répondu « *Oui* », convaincues que limiter les déplacements peut nuire à la qualité de vie, à la santé mentale ou au moral du résident. Aucun répondant n'a répondu « *Non* », ce qui montre que personne ne considère que cela n'a pas d'impact. 6 répondants (18%) ont répondu « *Je ne sais pas* », ce qui indique une certaine incertitude, mais aucun n'a nié l'impact sur le bien-être. Cela suggère que, même sans certitude absolue, il est largement reconnu que priver un résident de sa liberté de circulation peut affecter son bien-être, notamment en causant frustration, sentiment d'enfermement ou perte d'autonomie. Ce résultat conforte l'idée que les restrictions doivent être limitées au strict nécessaire et régulièrement réévaluées, conformément aux bonnes pratiques. En somme, les professionnels comprennent que toute limitation de liberté a un coût humain pour le résident, ce qui renforce leur désir d'adopter une approche équilibrée et individualisée.

❖ **Connaissances des droits et autonomie du résident**

Un aspect clé du sujet est la connaissance des droits fondamentaux des résidents, en particulier le droit d'aller et venir librement. Interrogés à ce sujet, environ la moitié des répondants affirment être bien informés : 17 personnes (52%) ont répondu « *Oui, je les connais bien* » en parlant des droits des résidents en EHPAD. Cependant, l'autre moitié admet avoir des lacunes : 7 personnes (21%) disent en avoir entendu parler sans connaître les détails, et 9 personnes (27%) avouent ne pas connaître ces droits. Ce chiffre est important, car il indique qu'environ un tiers des professionnels interrogés ne connaissaient pas précisément les droits des résidents, alors que ceux-ci sont encadrés par la loi de 2002-2 et la Charte nationale. Cette méconnaissance pourrait s'expliquer par la jeunesse de l'échantillon ou le fait que tous ne travaillent pas directement en gériatrie. Néanmoins, cela souligne un besoin de formation et de sensibilisation sur le cadre réglementaire en EHPAD. Les bonnes pratiques insistent sur l'importance de former les professionnels aux enjeux de la liberté de mouvement et aux droits des résidents. Renforcer la culture des droits pourrait aider à faire évoluer les pratiques vers un plus grand respect de l'autonomie.

Connaissez-vous les droits fondamentaux des résidents en EHPAD, notamment le droit d'aller et venir ?

33 réponses



En ce qui concerne les familles et la vie quotidienne, les répondants au questionnaire sont globalement très favorables à l'autonomie décisionnelle des résidents. À la question « *Souhaitez-vous que votre proche en EHPAD puisse participer activement à ses décisions de vie quotidienne (sorties, visites, activités) ?* », presque tous répondent oui, avec quelques nuances. 10 personnes (30%) répondent « *Oui, absolument* », et 18 (55%) répondent « *Oui, dans la mesure de ses capacités* », c'est-à-dire en tenant compte de ses limites (par exemple en cas de troubles cognitifs avancés). Seuls 2 répondants (6%) préfèrent que ces décisions soient encadrées par les professionnels (une position plus protectionniste), et 1 ne se prononce pas. En comptant strictement, 90% des répondants soutiennent l'implication du résident dans ses choix quotidiens. Cela montre une volonté de respecter le droit à l'autodétermination des personnes âgées, un principe éthique largement valorisé aujourd'hui.

Les professionnels interrogés estiment donc, pour la plupart, que vivre en EHPAD ne doit pas priver le résident de la possibilité de décider de son emploi du temps et de ses activités, tant que son état le permet. Cette position est compatible avec le respect de la liberté d'aller et venir : si un résident participe aux décisions le concernant (par exemple, décider de sortir faire une promenade ou de recevoir une visite), sa liberté individuelle a plus de chances d'être préservée. Il y a un réel souci de considérer le résident comme acteur de sa vie, et non comme un usager passif. Cet état d'esprit, combiné à la connaissance des droits, est prometteur pour

l'évolution des pratiques. Cependant, il faut noter que dans la réalité des EHPAD, la mise en œuvre de cette participation n'est pas toujours facile et dépend des capacités de chaque résident. Les quelques répondants qui préfèrent un encadrement strict par les professionnels soulignent la nécessité de trouver un équilibre entre autonomie et protection, surtout lorsque le résident n'est plus capable d'évaluer les risques. Toutefois, l'ensemble de ces résultats montre une attitude bienveillante envers la liberté et l'autonomie des résidents, en accord avec les exigences éthiques et légales du secteur.

❖ **Conciliation entre liberté et sécurité : pratiques et pistes d'amélioration**

Une des questions abordées sur ce thème c'est : "Solutions privilégiées pour garantir la liberté d'aller et de venir tout en assurant la sécurité."

Le questionnaire proposait plusieurs mesures concrètes pour concilier liberté de mouvement et sécurité en EHPAD, demandant aux participants de sélectionner celles qu'ils jugeaient les plus adaptées. Il en ressort que toutes les approches proposées ont été largement soutenues, montrant que la solution passe par une combinaison d'actions complémentaires.

La mesure la plus populaire est l'organisation de sorties accompagnées pour les résidents : 28 répondants sur 33 (85%) estiment que permettre aux résidents de sortir avec un accompagnateur (professionnel, bénévole ou proche) est un moyen efficace de garantir leur liberté de circuler tout en minimisant les risques. Cette solution combine une présence rassurante avec l'ouverture vers l'extérieur.

Près de 24 répondants (73%) soulignent aussi l'importance de l'aménagement de l'environnement. Ils recommandent de créer des espaces extérieurs sécurisés (jardins clôturés par exemple) au sein ou à proximité de l'EHPAD. Ces aménagements permettent aux résidents de se promener librement dans un espace sécurisé, améliorant leur sentiment de liberté sans compromettre leur sécurité.

En parallèle, les outils technologiques sont également largement perçus comme une solution viable : 23 répondants (70%) considèrent que des technologies de surveillance (comme des bracelets GPS, des systèmes d'alarme de porte, des capteurs de mouvement, etc.) peuvent concilier liberté et sécurité. Ces technologies,

déjà testées dans certains établissements, offrent un compromis moderne : elles permettent au résident de se déplacer tout en alertant le personnel en cas de sortie non autorisée ou de situation à risque, permettant ainsi une intervention rapide. Comme le dit une directrice d'établissement, « *on peut repousser les limites et le risque en mettant des choses en place, mais derrière, on respecte les droits et libertés des résidents* ».

Les participants soutiennent donc l'idée que les objets connectés et autres dispositifs peuvent sécuriser sans enfermer, et ainsi aider à préserver la liberté de mouvement.

Enfin, plus de la moitié des répondants (17 personnes, soit 52%) ont également sélectionné l'adaptation des soins en fonction de l'autonomie du résident. Cela implique de personnaliser l'accompagnement en modulant le niveau de surveillance, de stimulation ou de restriction selon les capacités cognitives et physiques de chaque résident. Par exemple, un résident lucide et valide devrait pouvoir sortir presque comme il le souhaite, tandis qu'un résident désorienté nécessitera un encadrement plus strict. Une directrice a d'ailleurs souligné : « *Si on parle d'un résident avec une autonomie élevée, la liberté d'aller et venir ne se discute même pas, s'il ne se met pas en danger, il fait ce qu'il veut.* »

L'adhésion forte à ces mesures montre que les professionnels considèrent la conciliation de la liberté et de la sécurité comme un ensemble de solutions complémentaires : du compagnonnage humain (accompagnement) soutenu par des moyens techniques, de l'aménagement du cadre de vie et une prise en charge individualisée.

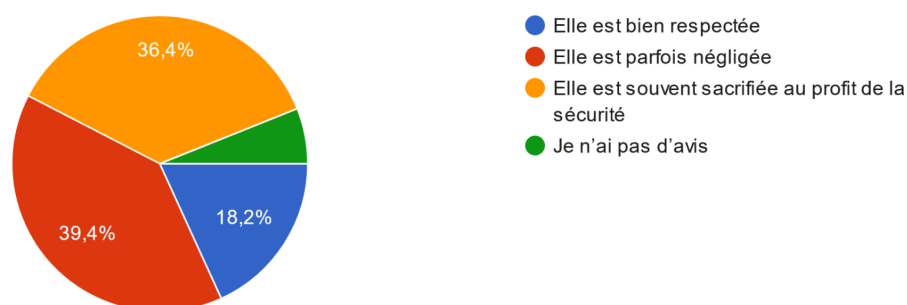
Deuxième question abordée: "Avis des répondants sur la manière dont les EHPAD respectent (ou non) la liberté d'aller et venir des résidents."

Malgré leur soutien aux solutions conciliant liberté et sécurité, les professionnels sont critiques envers la situation actuelle dans les EHPAD. Lorsqu'on leur demande ce qu'ils pensent de la manière dont les EHPAD gèrent la liberté de circulation, trois répondants sur quatre estiment que cette liberté n'est pas suffisamment respectée en pratique. Plus précisément, 13 personnes (39%) pensent qu'elle est « *parfois*

négligée », ce qui suggère que, selon eux, certains établissements ne respectent pas bien le droit de sortir. De plus, 12 personnes (36%) vont plus loin et considèrent que la liberté est « *souvent sacrifiée au profit de la sécurité* ». Ces répondants perçoivent que les EHPAD privilégient fréquemment la sécurité (en évitant les chutes, les fugues et les incidents) au détriment des libertés des résidents. En tout, 25 répondants (75%) expriment une opinion négative ou réservée. En revanche, 6 participants (18%) estiment que la liberté de circulation est « *bien respectée* » dans les EHPAD actuels, et 2 personnes (6%) n'ont pas d'avis.

Que pensez-vous globalement de la manière dont les EHPAD traitent la question de la liberté d'aller et venir ?

33 réponses



Ce bilan est assez sévère : la majorité des professionnels estiment que les EHPAD ne réussissent pas à concilier correctement sécurité et liberté aujourd'hui. Ils constatent des manquements et une tendance à sacrifier la liberté par précaution. Cette perception peut être expliquée par leurs expériences : dans de nombreux EHPAD, les portes des unités protégées sont verrouillées pour empêcher les résidents désorientés de sortir, ou les sorties non accompagnées sont découragées par crainte d'accidents. Les répondants ayant une expérience directe (en famille ou en stage) sont légèrement plus critiques, tandis que ceux qui connaissent les EHPAD de manière plus éloignée sont un peu plus enclins à penser que tout se passe bien.

Ce décalage entre les principes affichés (le droit à la liberté de mouvement) et la réalité perçue peut être expliqué par plusieurs facteurs : la peur des chutes ou des fugues, qui incite le personnel à restreindre les sorties, le manque de personnel pour

accompagner les résidents dehors, la pression des familles qui redoutent les accidents, ou encore une culture institutionnelle parfois paternaliste. Comme le souligne une directrice d'EHPAD, la situation dépend aussi de la philosophie de la direction : certains établissements ont une approche plus ouverte, « comme à la maison », et permettent davantage de sorties, tandis que d'autres privilégient une vision plus sécuritaire, ce qui conduit à verrouiller les allées et venues. En tout cas, les résultats du questionnaire confirment que, selon les professionnels interrogés, des progrès sont encore nécessaires pour respecter pleinement la liberté de circulation en institution.

En conclusion, l'analyse de ce questionnaire montre un large consensus parmi les professionnels de santé et du médico-social sur l'importance de la liberté d'aller et venir pour les résidents en EHPAD, ainsi que sur la nécessité de la préserver autant que possible, malgré les risques. Les participants reconnaissent que priver un résident de sa liberté de mouvement affecte son bien-être et sa dignité, et souhaitent principalement un changement des pratiques : passer d'une culture de la peur et de la sécurité absolue à une gestion raisonnée du risque, où le résident est entouré sans être enfermé.

Cependant, les résultats révèlent des contradictions notables : même si les professionnels sont convaincus en théorie, ils ressentent de l'inquiétude pour leurs proches et constatent que, dans la pratique, la liberté est souvent restreinte en EHPAD. Cela montre la difficulté de ce défi. Concilier sécurité et libertés individuelles en EHPAD nécessitera des moyens concrets (effectifs suffisants, équipements technologiques, infrastructure adaptée) et une évolution des mentalités (formation sur les droits, acceptation du risque mesuré, approche éthique respectueuse de l'autonomie). Comme le souligne le référentiel de la Haute Autorité de Santé, les professionnels doivent « soutenir activement la liberté d'aller et venir » des personnes accompagnées, ce qui nécessite de repenser l'organisation pour la rendre compatible avec ce droit fondamental.

Les pistes d'amélioration proposées par les répondants et soutenues par les bonnes pratiques offrent un plan d'action concret. Il appartient aux EHPAD et aux décideurs de le mettre en œuvre pour que, demain, sécurité et liberté aillent de pair pour nos aînés en institution.

V. CINQUIÈME PARTIE: Analyse et recommandations managériales

1. Bonnes pratiques, initiatives innovantes des professionnels et recommandations

À la fin de notre questionnaire, les participants pouvaient proposer librement des idées pour améliorer la conciliation entre liberté et sécurité en EHPAD. Peu d'entre eux ont répondu à cette question. Toutefois, les propositions faites sont significatives et cohérentes avec les points évoqués précédemment. L'une des suggestions souligne l'importance de sensibiliser les personnes âgées et leurs familles aux droits fondamentaux en EHPAD. Cette idée rejoint le constat qu'une part importante des professionnels et des proches connaît mal ces droits.

Mieux informer les résidents et leurs familles sur le droit de circuler librement pourrait instaurer un climat de confiance et de respect mutuel : les familles comprendraient mieux l'importance de laisser plus de liberté à leur proche lorsque cela est possible, et les résidents seraient encouragés à exprimer leurs souhaits de sortie. De plus, informer sur les droits pourrait aider à changer les mentalités et à rendre plus acceptables des pratiques plus ouvertes. Cette recommandation est en accord avec les recommandations nationales qui insistent sur l'importance d'associer les proches et de communiquer clairement sur les restrictions de liberté et leurs raisons.

Une autre suggestion des répondants porte sur l'utilisation et l'investissement dans les technologies de surveillance (comme la domotique, l'IA, etc.) pour sécuriser les résidents sans limiter leur liberté. Cela confirme l'intérêt déjà observé pour les dispositifs technologiques. On peut envisager des systèmes de capteurs dans les chambres ou les couloirs, de la vidéosurveillance discrète dans les jardins, ou encore l'utilisation de l'Intelligence Artificielle pour détecter des situations anormales. Bien utilisées, ces technologies peuvent permettre une surveillance non intrusive et alerter le personnel en cas de problème, tout en laissant les résidents vaquer à leurs occupations. Toutefois, investir dans ces technologies nécessiterait un budget et des formations, mais les professionnels y voient une solution pour éviter l'alternative

entre “liberté totale” et “enfermement”. Certains directeurs d'établissement mentionnent déjà dans le cadre de ce sujet l'utilisation de bracelets connectés anti-fugue, de portes à code avec alarmes, ou de jardins sécurisés dans leur établissement. Ces initiatives concrètes montrent que la conciliation entre sécurité et liberté passe par l'innovation et une adaptation précise aux différents profils de résidents (par exemple, permettre aux résidents sans troubles cognitifs d'avoir accès aux codes de sortie tout en installant une alarme pour être alerté si une personne vulnérable sort).

À partir des résultats du questionnaire, nous pouvons tirer plusieurs recommandations concrètes pour améliorer la conciliation entre sécurité et libertés individuelles en EHPAD :

- ❖ **Renforcer la formation et la sensibilisation** : Il est essentiel de former le personnel et de sensibiliser les résidents et leurs familles aux droits des résidents, en particulier à la liberté d'aller et venir. Cette culture des droits doit devenir une priorité, afin que la liberté des résidents soit toujours prise en compte, au même titre que leur sécurité.
- ❖ **Évaluer le risque et les capacités de chaque résident** : Chaque résident doit être évalué individuellement pour adapter les mesures de sécurité à son autonomie. Cela implique de créer un projet de vie personnalisé qui précise les possibilités de sortie et les éventuelles restrictions, et de réévaluer ce projet régulièrement. Les professionnels recommandent un accompagnement personnalisé, plutôt que d'appliquer des règles uniformes, ce qui est également en accord avec les exigences réglementaires de proportionnalité.
- ❖ **Développer les sorties accompagnées et les activités extérieures** : Il faut prévoir suffisamment de personnel ou de bénévoles formés pour accompagner les résidents en promenade, organiser des sorties collectives sécurisées, et encourager les familles à emmener leurs proches à l'extérieur de l'EHPAD. Cela réduit le sentiment d'enfermement tout en garantissant un cadre sécuritaire.
- ❖ **Aménager des espaces sécurisés pour la déambulation** : Créer des jardins thérapeutiques clôturés, des terrasses protégées, ou des circuits de

promenade internes. Ces espaces permettent aux résidents, même ceux ayant des troubles cognitifs modérés, de se déplacer librement sans risquer de sortir de l'établissement. Plusieurs répondants ont souligné l'efficacité de ces aménagements pour offrir un sentiment de liberté dans un environnement sécurisé.

❖ **Intégrer de manière éthique les nouvelles technologies de surveillance :**

Utiliser des bracelets ou des capteurs pour les résidents à risque de fugue (avec leur consentement ou celui de leur représentant légal), installer des alarmes sur les sorties plutôt que de les bloquer, et utiliser des systèmes de géolocalisation ou de détection d'errance pour intervenir rapidement sans empêcher le mouvement. Ces technologies doivent respecter la vie privée des résidents et être utilisées en complément d'un accompagnement humain.

❖ **Travailler en partenariat avec les familles :** Informer les familles des démarches de l'établissement pour concilier sécurité et liberté, les associer aux décisions (par exemple, via le Conseil de la Vie Sociale ou des réunions), et les éduquer sur l'importance de maintenir une certaine autonomie pour le résident. Des familles convaincues et impliquées seront plus disposées à soutenir les initiatives, qu'il s'agisse d'accepter un dispositif technologique ou de comprendre l'intérêt de laisser leur proche sortir. Comme le souligne une directrice, « on arrive à concilier sécurité et liberté quand on a une famille qui est d'accord avec nos pratiques », tandis que des désaccords peuvent rendre cette conciliation « difficile ». Il est donc crucial d'impliquer les proches dans cette recherche d'un juste équilibre.

2. Recommandations pour les Directeurs d'EHPAD

Face à la complexité de la problématique de notre sujet, avec les Directeurs interrogés, nous avons exploré plusieurs pistes innovantes pour améliorer l'équilibre entre sécurité et liberté. Ces initiatives concernent l'aménagement de l'environnement, l'utilisation de solutions technologiques éthiques, ainsi que l'organisation du travail et la formation du personnel.

Un exemple notable est l'installation d'un simulateur immersif de voyage, appelé « *train thérapeutique* », dans l'unité protégée de l'un des EHPAD. La directrice décrit « *une sorte de train avec 4 sièges réels et un écran qui défile avec différents paysages* », installé dans une cabine factice avec fenêtre, rideaux et bruitages. Les résidents prennent place dans le train et ont l'illusion de partir en voyage à la campagne, à la mer, ou même à l'étranger, selon les images projetées. « *Ils ont l'impression d'être dans un vrai train, et cela leur permet de voyager tout en restant dans l'unité protégée* », explique-t-elle.

Ce dispositif, financé par un appel à projets innovants, a été très utile pour canaliser le désir d'évasion de certains résidents déambulants. « *Rien que le fait d'aller faire un petit tour dans le train et de voir un autre paysage ne leur donne pas forcément envie de partir ailleurs* », remarque la directrice, qui considère cette solution comme « *facilitante* » au quotidien. Bien sûr, elle reste réaliste : « *Ça ne règle pas le problème de la liberté d'aller et venir, mais cela permet de faire voyager les résidents tout en restant dans un lieu restreint* », précise-t-elle.

Néanmoins, cette initiative non-médicamenteuse aide à réduire l'anxiété et l'ennui, qui poussent souvent les personnes désorientées à tenter de sortir. C'est une manière astucieuse de compenser une restriction de liberté par une stimulation positive, tout en respectant la dignité des résidents.

D'autres aménagements peuvent être envisagés pour offrir plus de liberté tout en garantissant la sécurité. Par exemple, deux directrices soulignent l'importance de l'espace extérieur sécurisé. Avoir un jardin clôturé attenant à l'unité protégée est vu comme un atout majeur : « *Ils ont accès au jardin, donc il y a un jardin clôturé certes, mais ils ont quand même un accès à l'air libre* », explique l'une d'elles. L'autre directrice prévoit de rendre les portes du jardin accessibles plus souvent en créant un « *cercle de déambulation* » à l'intérieur de l'unité. Les résidents pourraient sortir dans une cour fermée et revenir par une autre porte, sans se retrouver face à une porte verrouillée. Cette configuration permet de réduire le sentiment d'enfermement et permet aux résidents de déambuler librement en circuit, sous une surveillance légère mais dans un espace sécurisé.

De plus, la même directrice souhaite enrichir ce parcours avec des « *stations* » d'activités sensorielles ou occupationnelles sur les murs ou les meubles des couloirs. Il peut s'agir de linge à plier, d'objets à manipuler, etc., pour capter l'attention des résidents errants et leur offrir des micro-activités stimulantes en chemin. Ce concept, inspiré des thérapies non-médicamenteuses pour Alzheimer, vise à réduire l'ennui et l'agitation qui peuvent entraîner des fugues. L'objectif est de compenser la fermeture de l'unité par un environnement riche et « *ouvert* » à l'intérieur, où le résident peut satisfaire son besoin de mouvement et de distraction.

Sur le plan technologique, les solutions que nous envisagions ont déjà été partiellement évoquées, telles que les bracelets connectés, les systèmes de détection aux portes et la géolocalisation à l'intérieur des bâtiments. Cependant, aucun des directeurs ne mentionne de technologie miracle comme des GPS individuels pour l'extérieur. Cela est en partie dû aux questions de vie privée et d'acceptabilité que ces dispositifs soulèvent, et en grande partie parce qu'ils ne remplacent pas l'intervention humaine.

Aussi, plutôt que d'attendre une solution technologique, nous pouvons choisir de rendre les bâtiments aussi accessibles que possible (code connu de tous, portes automatiques en journée) et utiliser l'équipement existant (bracelets d'appel malade) pour garantir un niveau de sécurité suffisant. Cette approche pragmatique « *repousse les limites et le risque en mettant en place des systèmes, mais respecte les droits et libertés des résidents* ». Elle illustre bien la philosophie des « *mesures alternatives moins contraignantes* » : préférer un système d'alarme discret à un verrou visible, un jardin clôturé à une chambre fermée, ou encore une présence humaine rassurante à une barrière physique, chaque fois que cela est possible.

Il faut aussi noter un point d'amélioration unanimement souligné qui est le renforcement des ressources humaines et de la formation. Tous les Directeurs interrogés soulignent que le manque de personnel constitue un obstacle majeur à la liberté des résidents. « *S'il y avait plus de personnel, je pourrais retirer ces digicodes* », affirme l'une d'elles. Elle compare cela à la situation avec les enfants : « *Avec des enfants, on ne met pas de digicodes parce qu'on a un taux d'encadrement élevé, donc il n'y a pas de risque de fugue, car on les surveille constamment.* » Selon elle, la solution réside dans un personnel suffisant, formé et attentif, qui pourrait

accompagner les allées et venues des résidents tout en minimisant les risques, là où aujourd'hui les établissements compensent le manque d'effectifs par des verrouillages.

Une autre directrice fait un constat similaire dans son établissement : « *Il faudrait plus de personnel, sinon certaines personnes sortiraient... et on ne les verrait pas* », explique-t-elle, parlant des difficultés de laisser son unité protégée ouverte en accès libre. Le manque de soignants conduit donc à des restrictions par défaut, et à l'inverse, l'augmentation du nombre de personnels permettrait de mettre en place des modes de surveillance plus flexibles, comme une surveillance active dans un jardin ou un accompagnement individuel des résidents lors de sorties.

En plus du nombre de soignants, la formation du personnel est également essentielle. Il est crucial d'avoir des soignants formés aux troubles cognitifs et à la gestion de la déambulation. Former les équipes aux approches non-médicamenteuses, aux techniques de validation et de redirection de l'attention des personnes désorientées, etc., fait partie des pistes évoquées. Une directrice mentionne qu'elle « *est en train* » de former son équipe et que c'est prévu dans son plan d'action, tandis qu'une autre explique que dans son établissement, des sessions de sensibilisation sur la liberté d'aller et de venir sont organisées « *assez régulièrement* », car c'est un critère évalué par les autorités.

Cet accent sur la formation rejoint l'idée de travailler sur les mentalités : si chaque soignant comprend l'importance des droits du résident et sait comment réagir sans recourir à des mesures contraignantes (comme accompagner plutôt que attacher, dialoguer plutôt qu'interdire), l'équilibre entre sécurité et liberté sera grandement amélioré.

En termes de recommandations stratégiques, les Directeurs d'EHPAD souhaitent des évolutions à la fois locales (projets architecturaux, innovations sur le terrain) et systémiques (moyens supplémentaires, cadre réglementaire adapté). L'une d'elles explique que « *si on trouve des solutions au niveau des lois ou des réglementations, nous sommes preneurs* », mais que cela devra être accompagné des ressources nécessaires pour mettre en œuvre ces éventuelles nouvelles directives. Cette remarque suggère que les décideurs publics ont aussi un rôle à jouer : concilier

sécurité et liberté en EHPAD est un enjeu global qui demande un soutien financier et réglementaire, au-delà de l'inventivité des établissements.

En outre, l'échange de bonnes pratiques entre établissements pourrait être bénéfique. Chaque entretien a révélé une ou deux idées intéressantes qu'il serait utile de partager au sein du réseau des EHPAD. Par exemple, le train virtuel ou les stations de déambulation pourraient inspirer d'autres établissements confrontés aux mêmes défis. De même, la réussite d'un établissement qui a facilité les sorties grâce à un système d'alarme pourrait inciter d'autres à essayer cette approche. Le partage de ces innovations rejoint le désir d'amélioration continue exprimé par tous les directeurs interrogés.

CONCLUSION

Ce mémoire a souligné la complexité de la question de la liberté d'aller et venir en EHPAD, face aux exigences de sécurité. Sur le plan juridique, le cadre est clair : le Code de l'action sociale et des familles garantit aux résidents le droit de circuler librement, réaffirmé par la Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante. En théorie, la sécurité ne justifie pas une privation totale de la liberté de mouvement, sauf dans des cas exceptionnels. Cependant, en pratique, les établissements doivent protéger des résidents vulnérables, ce qui les amène parfois à prendre des mesures de surveillance ou de restriction. Ce décalage entre la théorie juridique et les contraintes du terrain crée une tension éthique majeure : comment respecter l'autonomie des résidents tout en assurant leur sécurité. Il s'agit de trouver un équilibre, au cœur de la mission des EHPAD.

Ce mémoire met en lumière des leviers pour mieux concilier sécurité et liberté. Le renforcement des ressources humaines et la formation continue sont essentiels. Il est nécessaire de disposer d'équipes suffisantes et formées aux spécificités de la gériatrie pour éviter la fermeture systématique des lieux. Une culture professionnelle qui respecte l'autonomie est également importante pour développer des solutions alternatives à la contention ou à l'enfermement. Un autre levier est la personnalisation de l'accompagnement : chaque résident doit être évalué individuellement pour adapter les mesures de sécurité à son degré d'autonomie. De nombreux professionnels insistent sur l'importance d'ouvrir l'EHPAD sur l'extérieur (sorties accompagnées, promenades) pour réduire l'isolement tout en gardant un cadre rassurant. L'aménagement des espaces internes, comme des jardins thérapeutiques ou des circuits sécurisés, permet aux résidents de se déplacer librement sans risque de fugue.

Les technologies adaptées offrent également des solutions intéressantes, mais elles doivent être utilisées de manière éthique et transparente. Des dispositifs discrets (bracelets, capteurs, géolocalisation) permettent d'assurer la sécurité sans restreindre la liberté de mouvement, à condition d'obtenir le consentement du résident ou de son représentant. Un autre facteur clé est la collaboration avec les familles et les résidents. Il est crucial de les informer des mesures prises, de les associer aux décisions et de les sensibiliser à l'importance de préserver une certaine autonomie pour les résidents.

En conclusion, concilier liberté d'aller et venir et sécurité en EHPAD nécessite une approche globale, mêlant des changements au niveau des pratiques au sein des établissements et un soutien des instances dirigeantes. Des efforts supplémentaires sont nécessaires pour renforcer le recrutement, la fidélisation et la formation du personnel. La législation doit continuer à évoluer pour s'assurer que les mesures de restriction soient proportionnées et temporaires. Le rôle des organismes comme le

Défenseur des droits et le Comité consultatif national d'éthique reste crucial pour garantir que les principes de dignité et de respect des libertés soient respectés.

Enfin, notre réflexion s'inscrit dans le contexte du vieillissement de la population. La société doit choisir entre des établissements sécuritaires ou des lieux de vie ouverts, acceptant une part de risque pour le bien-être et la liberté des résidents. Les résultats de ce travail montrent qu'un équilibre est possible et souhaité par les acteurs de terrain, mais qu'il nécessite des innovations culturelles et organisationnelles. Des initiatives pionnières montrent déjà que des solutions adaptées peuvent améliorer la qualité de vie des résidents sans compromettre leur sécurité.

BIBLIOGRAPHIE

❖ Ouvrages et articles scientifiques:

- 1 - Dutier, A. & Jean, M. (dirs.) (2022). La liberté d'aller et venir dans le soin et l'accompagnement – Quels enjeux éthiques ? 2^e éd. revue et augmentée, Presses de l'EHESP (collection Regards croisés)
- 2- Thomas, S. & Hazif-Thomas, C. (2014). « *Liberté d'aller et venir en EHPAD : sommes-nous des hors-la-loi ?* », *Neurologie – Psychiatrie – Gériatrie*, vol. 14, n° 83 (octobre), p. 275-284:
- 3 - Aurore, C. (2015). « *Les EHPAD, entre liberté d'aller et venir et sécurité des résidents* », *Revue Générale de Droit Médical*, n° 56, p. 129-143
- 4 - Ponte, C. (2007). « *Concilier liberté d'aller et venir et sécurité de la personne accueillie* », *Soins Gériatrie*, vol. 12, n° 64 (mars-avril), p. 43-44
- 5 - Lafi, L. (2019). *La liberté d'aller et venir en EHPAD*, Mémoire de Master 2 Droit et Politique de Santé, Univ. de Lille

❖ TEXTES JURIDIQUES ET REFERENCES LEGALES

- 6 - Code de l'action sociale et des familles (CASF) – *Article L.311-3* : garantit à toute personne prise en charge le respect de ses droits et libertés individuels, « *lui sont assurés* : 1° ... son droit à aller et venir librement »
- 7 - Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (dite *loi ASV*)
- 8 - Décret n° 2016-1743 du 15 décembre 2016 relatif à l'annexe au contrat de séjour dans les établissements pour personnes âgées – Pris en application de la loi ASV, ce décret encadre strictement les mesures pouvant limiter la liberté d'aller et venir en EHPAD
- 9 - Arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la *Charte des droits et libertés de la personne accueillie*

❖ JURISPRUDENCES

- 10 - *TA Grenoble*, 9 avril 2003 (req. n° 0102582) confirmé par CAA Lyon, 9 mai 2006 (req. n° 05LY01990)
- 11 - *Conseil d'État*, 5^{ème} sous-section, 12 juin 2006 (req. n° 275150)

12 - CAA Versailles, 4 juillet 2006 (req. n° 05VE00300)

13 - Cour de cassation, 1^{re} ch. civile, 15 décembre 2011 (pourvoi n° 10-50047) – Affaire dite « Maison de retraite Les Opalines »

❖ SOURCES INSTITUTIONNELLES ET SITES OFFICIELS:

14 - Haute Autorité de Santé (HAS) – *Conférence de consensus « Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligation de soins et de sécurité »* (recommandations de bonne pratique validées le 11 janvier 2005)

15 - ANESM / HAS – *Recommandation de bonnes pratiques professionnelles : « L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social »* (Saint-Denis : ANESM, février 2009, 52 p.)

16 - ANESM / HAS – *Recommandation : « Qualité de vie en EHPAD (Volet 2) : organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne »* (Saint-Denis : ANESM, sept. 2011, 64 p.)

17 - ARS Normandie / Espace de Réflexion Éthique – *Guide éthique : « Quand sécurité et liberté d'aller et venir s'opposent en EHPAD »* (version 1, novembre 2016)

18 - Défenseur des droits – *Rapport spécial : « Les droits fondamentaux des personnes âgées accueillies en EHPAD »* (publié le 5 mai 2021)

19 - Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE) – *Avis et communiqué sur le confinement en EHPAD pendant la Covid-19* (réponse au Gouvernement du 30 mars 2020, publiée le 1^{er} avril 2020). – Saisi en urgence lors de la première vague de Covid, le CCNE a rappelé fermement que « toute mesure contraignante restreignant les libertés reconnues par notre État de droit, notamment la liberté d'aller et venir, doit être nécessairement limitée dans le temps, proportionnée et adéquate aux situations individuelles »

20 - Portail officiel pour-les-personnes-agees.gouv.fr – *Fiches pratiques Droits en EHPAD* (Ministère des Solidarités, mise à jour 2025).

❖ SITES INTERNETS:

21 - <https://www.lemonde.fr>

22 - www.anesm.sante.gouv.fr,

23 - <https://www.insee.fr>

24 - <https://www.cnsa.fr>

25 - <https://documentation.ehesp.fr>

- 26 - www.ehpad.com
- 27 - www.service-public.fr
- 28 - www.cairn.info.fr
- 29 - www.ccne-ethique.fr
- 30 - www.gouv.fr
- 31 - www.has-sante.fr

SOMMAIRE

INTRODUCTION

I. CONTEXTE ET SÉMANTIQUE :

1. Contexte et enjeux dans les EHPAD

2. Sémantique

A. La liberté d'aller et venir

B. La sécurité des résidents

C. Les droits des résidents en EHPAD

II. DEUXIÈME PARTIE: Le cadre juridique et éthique de la liberté d'aller et venir en EHPAD

1. La liberté d'aller et venir : un droit fondamental

2. Les limites à cette liberté pour des raisons de sécurité

A) Obligation de sécurité de l'établissement et cadre juridique des restrictions.

B) Nécessité, proportionnalité et individualisation des restrictions.

C) Obligations de l'établissement et jurisprudences marquantes.

3. L'encadrement éthique et déontologique

A) Principes éthiques fondamentaux : dignité, autonomie, consentement.

B) Recommandations déontologiques et guides de bonnes pratiques.

III. TROISIÈME PARTIE : MÉTHODOLOGIE :

1. Les entretiens avec les Directeurs

2. Les questionnaires avec les professionnels

3. Les limites

IV. QUATRIÈME PARTIE: État des lieux basé sur les entretiens et les questionnaires

1. Perception des directeurs et responsables d'EHPAD (Analyse des entretiens)

2. Perceptions des professionnels de santé et du médico-social (Analyse des questionnaires)

V. CINQUIÈME PARTIE: Analyse et recommandations managériales

1. Bonnes pratiques, initiatives innovantes des professionnels et recommandations

2. Recommandations pour les Directeurs d'EHPAD

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

TABLES DES ANNEXES

ANNEXES I - CHARTE DES DROITS ET DES LIBERTÉS DE LA PERSONNES ACCUEILLIE

ANNEXE II - GRILLE D'ENTRETIEN - DIRECTEUR

ANNEXE III - QUESTIONNAIRE À DESTINATION DES PROFESSIONNELS

ANNEXE IV - RETRANSCRIPTION DES ENTRETIENS AVEC DIRECTEURS

TABLES DES ANNEXES

ANNEXES I - CHARTE DES DROITS ET DES LIBERTÉS DE LA
PERSONNES ACCUEILLIE

ANNEXE II - GRILLE D'ENTRETIEN - DIRECTEUR

ANNEXE III - QUESTIONNAIRE À DESTINATION DES PROFESSIONNELS

ANNEXE IV - RETRANSCRIPTION DES ENTRETIENS AVEC DIRECTEURS

ANNEXE I - CHARTE DES DROITS ET DES LIBERTÉS DE LA PERSONNE ACCUEILLIE²²

CHARTRE DES DROITS ET LIBERTÉS DE LA PERSONNE ACCUEILLIE

(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)

Article 1^{er}

Principe de non-discrimination

Dans le respect des conditions particulières de prise en charge et d'accompagnement, prévues par la loi, nul ne peut faire l'objet d'une discrimination à raison de son origine, notamment ethnique ou sociale, de son apparence physique, de ses caractéristiques génétiques, de son orientation sexuelle, de son handicap, de son âge, de ses opinions et convictions, notamment politiques ou religieuses, lors d'une prise en charge ou d'un accompagnement, social ou médico-social.

Article 2

Droit à une prise en charge ou à un accompagnement adapté

La personne doit se voir proposer une prise en charge ou un accompagnement, individualisé et le plus adapté possible à ses besoins, dans la continuité des interventions.

Article 3

Droit à l'information

La personne bénéficiaire de prestations ou de services a droit à une information claire, compréhensible et adaptée sur la prise en charge et l'accompagnement demandés ou dont elle bénéficie ainsi que sur ses droits et sur l'organisation et le fonctionnement de l'établissement, du service ou de la forme de prise en charge ou d'accompagnement. La personne doit également être informée sur les associations d'usagers oeuvrant dans le même domaine.

La personne a accès aux informations la concernant dans les conditions prévues par la loi ou la réglementation. La communication de ces informations ou documents par les personnes habilitées à les communiquer en vertu de la loi s'effectue avec un accompagnement adapté de nature psychologique, médicale, thérapeutique ou socio-éducative.

Article 4

Principe du libre choix, du consentement éclairé et de la participation de la personne

Dans le respect des dispositions légales, des décisions de justice ou des mesures de protection judiciaire ainsi que des décisions d'orientation :

- 1) La personne dispose du libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes soit dans le cadre d'un service à son domicile, soit dans le cadre de son admission dans un établissement ou service, soit dans le cadre de tout mode d'accompagnement ou de prise en charge ;
- 2) Le consentement éclairé de la personne doit être recherché en l'informant, par tous les moyens adaptés à sa situation, des conditions et conséquences de la prise en charge et de l'accompagnement et en veillant à sa compréhension.
- 3) Le droit à la participation directe, ou avec l'aide de son représentant légal, à la conception et à la mise en oeuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne lui est garanti.

Lorsque l'expression par la personne d'un choix ou d'un consentement éclairé n'est pas possible en raison de son jeune âge, ce choix ou ce consentement est exercé par la famille ou le représentant légal auprès de l'établissement, du service ou dans le cadre des autres formes de prise en charge et d'accompagnement. Ce choix ou ce consentement est également effectué par le représentant légal lorsque l'état de la personne ne lui permet pas de l'exercer directement. Pour ce qui concerne les prestations de soins délivrées par les établissements ou services médico-sociaux, la personne bénéficie des conditions d'expression et de représentation qui figurent au code de la santé publique.

La personne peut être accompagnée de la personne de son choix lors des démarches nécessitées par la prise en charge ou l'accompagnement.

CHARTRE DES DROITS ET LIBERTÉS DE LA PERSONNE ACCUEILLIE

²²<https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.le-pelican.org/wp-content/uploads/2014/07/charte-droits-personne.pdf>

Article 5

Droit à la renonciation

La personne peut à tout moment renoncer par écrit aux prestations dont elle bénéficie ou en demander le changement dans les conditions de capacités, d'écoute et d'expression ainsi que de communication prévues par la présente charte, dans le respect des décisions de justice ou mesures de protection judiciaire, des décisions d'orientation et des procédures de révision existantes en ces domaines.

Article 6

Droit au respect des liens familiaux

La prise en charge ou l'accompagnement doit favoriser le maintien des liens familiaux et tendre à éviter la séparation des familles ou des fratries prises en charge, dans le respect des souhaits de la personne, de la nature de la prestation dont elle bénéficie et des décisions de justice. En particulier, les établissements et les services assurant l'accueil et la prise en charge ou l'accompagnement des mineurs, des jeunes majeurs ou des personnes et familles en difficultés ou en situation de détresse prennent, en relation avec les autorités publiques compétentes et les autres intervenants, toute mesure utile à cette fin.

Dans le respect du projet d'accueil et d'accompagnement individualisé et du souhait de la personne, la participation de la famille aux activités de la vie quotidienne est favorisée.

Article 7

Droit à la protection

Il est garanti à la personne comme à ses représentants légaux et à sa famille, par l'ensemble des personnels ou personnes réalisant une prise en charge ou un accompagnement, le respect de la confidentialité des informations la concernant dans le cadre des lois existantes.

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.

Article 8

Droit à l'autonomie

Dans les limites définies dans le cadre de la réalisation de sa prise en charge ou de son accompagnement et sous réserve des décisions de justice, des obligations contractuelles ou liées à la prestation dont elle bénéficie et des mesures de tutelle ou de curatelle renforcée, il est garanti à la personne la possibilité de circuler librement. A cet égard, les relations avec la société, les visites dans l'institution, à l'extérieur de celle-ci, sont favorisées.

Dans les mêmes limites et sous les mêmes réserves, la personne résidente peut, pendant la durée de son séjour, conserver des biens, effets et objets personnels et, lorsqu'elle est majeure, disposer de son patrimoine et de ses revenus.

Article 9

Principe de prévention et de soutien

Les conséquences affectives et sociales qui peuvent résulter de la prise en charge ou de l'accompagnement doivent être prises en considération. Il doit en être tenu compte dans les objectifs individuels de prise en charge et d'accompagnement.

Le rôle des familles, des représentants légaux ou des proches qui entourent de leurs soins la personne accueillie doit être facilité avec son accord par l'institution, dans le respect du projet d'accueil et d'accompagnement individualisé et des décisions de justice.

Les moments de fin de vie doivent faire l'objet de soins, d'assistance et de soutien adaptés dans le respect des pratiques religieuses ou confessionnelles et convictions tant de la personne que de ses proches ou représentants.

Article 10

Droit à l'exercice des droits civiques attribués à la personne accueillie

L'exercice effectif de la totalité des droits civiques attribués aux personnes accueillies et des libertés individuelles est facilité par l'institution, qui prend à cet effet toutes mesures utiles dans le respect, si nécessaire, des décisions de justice.

Article 11
Droit à la pratique religieuse

Les conditions de la pratique religieuse, y compris la visite de représentants des différentes confessions, doivent être facilitées, sans que celles-ci puissent faire obstacle aux missions des établissements ou services. Les personnels et les bénéficiaires s'obligent à un respect mutuel des croyances, convictions et opinions. Ce droit à la pratique religieuse s'exerce dans le respect de la liberté d'autrui et sous réserve que son exercice ne trouble pas le fonctionnement normal des établissements et services.

Article 12
Respect de la dignité de la personne et de son intimité

Le respect de la dignité et de l'intégrité de la personne est garanti.

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.

Annexe à la Charte

*(Dispositions d'articles du code de l'action sociale et des familles et du code de la santé publique
à annexer à la charte délivrée à chaque personne bénéficiaire de prestations et à afficher dans l'établissement)*

CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES

Article L116-1

L'action sociale et médico-sociale tend à promouvoir, dans un cadre interministériel, l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à en corriger les effets. Elle repose sur une **évaluation continue des besoins et des attentes** des membres de tous les groupes sociaux, en particulier des **personnes handicapées et des personnes âgées**, des personnes et des familles vulnérables, en situation de précarité ou de pauvreté, et sur la mise à leur disposition de prestations en espèces ou en nature. Elle est mise en œuvre par l'Etat, les collectivités territoriales et leurs établissements publics, les organismes de sécurité sociale, les associations ainsi que par les institutions sociales et médico-sociales au sens de l'article L. 311-1.

Article L116-2

L'action sociale et médico-sociale est conduite dans le respect de l'égalité de tous les êtres humains avec l'objectif de répondre de façon adaptée aux besoins de chacun d'entre eux et en leur garantissant un accès équitable sur l'ensemble du territoire.

Article L311-3

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 :

1. Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité ;
2. Sous réserve des pouvoirs reconnus à l'autorité judiciaire et des nécessités liées à la protection des mineurs en danger, le libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes soit dans le cadre d'un service à son domicile, soit dans le cadre d'une admission au sein d'un établissement spécialisé ;
3. Une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. A défaut, le consentement de son représentant légal doit être recherché ;
4. La confidentialité des informations la concernant ;
5. L'accès à toute information ou document relatif à sa prise en charge, sauf dispositions législatives contraires ;
6. Une information sur ses droits fondamentaux et les protections particulières légales et contractuelles dont elle bénéficie, ainsi que sur les voies de recours à sa disposition ;
7. La participation directe ou avec l'aide de son représentant légal à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne.

Les modalités de mise en œuvre du droit à communication prévu au 5° sont fixées par voie réglementaire.

Article L313-24

(inséré par Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 art. 4 I, art. 24 I, VII, art. 48 Journal Officiel du 3 janvier 2002)

Dans les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1, le fait qu'un salarié ou un agent a témoigné de mauvais traitements ou privations infligés à une personne accueillie ou relaté de tels agissements ne peut être pris en considération pour décider de mesures défavorables le concernant en matière d'embauche, de rémunération, de formation, d'affectation, de qualification, de classification, de promotion professionnelle, de mutation ou de renouvellement du contrat de travail, ou pour décider la résiliation du contrat de travail ou une sanction disciplinaire.

En cas de licenciement, le juge peut prononcer la réintégration du salarié concerné si celui-ci le demande.

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

Article L1110-1

Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en oeuvre 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.

Article L1110-2

La personne malade a droit au respect de sa dignité.

Article L1110-3

Aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins.

Article L1110-4

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.

Excepté dans les cas de dérogation, expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel de santé, de tout membre du personnel de ces établissements ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tout professionnel de santé, ainsi qu'à tous les professionnels intervenant dans le système de santé.

Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible. Lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe.

Afin de garantir la confidentialité des informations médicales mentionnées aux alinéas précédents, leur conservation sur support informatique, comme leur transmission par voie électronique entre professionnels, sont soumises à des règles définies par décret en Conseil d'Etat pris après avis public et motivé de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. Ce décret détermine les cas où l'utilisation de la carte professionnelle de santé mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 161-33 du code de la sécurité sociale est obligatoire.

Le fait d'obtenir ou de tenter d'obtenir la communication de ces informations en violation du présent article est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende.

En cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical ne s'oppose pas à ce que la famille, les proches de la personne malade ou la personne de confiance définie à l'article L. 1111-6 reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct à celle-ci, sauf opposition de sa part.

Le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès.

Article L1110-5

Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées. Les actes de prévention, d'investigation ou de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté.

Les dispositions du premier alinéa s'appliquent sans préjudice de l'obligation de sécurité à laquelle est tenu tout fournisseur de produit de santé, ni des dispositions du titre II du livre Ier de la première partie du présent code.

Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée.

Les professionnels de santé mettent en oeuvre tous les moyens à leur disposition pour assurer à chacun une vie digne jusqu'à la mort.

Article L1111-2

(Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 9 Journal Officiel du 5 mars 2002)

(Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 11 Journal Officiel du 5 mars 2002)

Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver.

Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser.

Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel.

La volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission.

Les droits des mineurs ou des majeurs sous tutelle mentionnés au présent article sont exercés, selon les cas, par les titulaires de l'autorité parentale ou par le tuteur. Ceux-ci reçoivent l'information prévue par le présent article, sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-5. 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 soit à leur degré de maturité s'agissant des mineurs, soit à leurs facultés de discernement s'agissant des majeurs sous tutelle.

Des recommandations de bonnes pratiques sur la délivrance de l'information sont établies par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé et homologuées par arrêté du ministre chargé de la santé.

En cas de litige, il appartient au professionnel ou à l'établissement de santé d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé dans les conditions prévues au présent article. Cette preuve peut être apportée par tout moyen.

Article L1111-3

(Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 9 Journal Officiel du 5 mars 2002)

(Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 11 Journal Officiel du 5 mars 2002)

Toute personne a droit, à sa demande, à une information, délivrée par les établissements et services de santé publics et privés, sur les frais auxquels elle pourrait être exposée à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic et de soins et les conditions de leur prise en charge. Les professionnels de santé d'exercice libéral doivent, avant l'exécution d'un acte, informer le patient de son coût et des conditions de son remboursement par les régimes obligatoires d'assurance maladie.

Article L1111-4

(Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 9 Journal Officiel du 5 mars 2002)

(Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 11 Journal Officiel du 5 mars 2002)

Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé.

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 un 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.

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 prévue à l'article L. 1111-6, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté.

Le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables.

L'examen d'une personne malade dans le cadre d'un enseignement clinique requiert son consentement préalable. Les étudiants qui reçoivent cet enseignement doivent être au préalable informés de la nécessité de respecter les droits des malades énoncés au présent titre.

Les dispositions du présent article s'appliquent sans préjudice des dispositions particulières relatives au consentement de la personne pour certaines catégories de soins ou d'interventions.

Article L1111-6

(inséré par Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 11 Journal Officiel du 5 mars 2002)

Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Cette désignation est faite par écrit. Elle est révocable à tout moment. Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

Lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé, il est proposé au malade de désigner une personne de confiance dans les conditions prévues à l'alinéa précédent. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le malade n'en dispose autrement.

Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas lorsqu'une mesure de tutelle est ordonnée. Toutefois, le juge des tutelles peut, dans cette hypothèse, soit confirmer la mission de la personne de confiance antérieurement désignée, soit révoquer la désignation de celle-ci.

Article L1111-7

(inséré par Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 11 Journal Officiel du 5 mars 2002)

Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues par des professionnels et établissements de santé, qui sont formalisées et ont contribué à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement ou d'une action de prévention, ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, notamment des résultats d'examen, comptes rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation, des protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en œuvre, feuilles de surveillance, correspondances entre professionnels de santé, à l'exception des informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers.

Elle peut accéder à ces informations directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'elle désigne et en obtenir communication, dans des conditions définies par voie réglementaire au plus tard dans les huit jours suivant sa demande et au plus tôt après qu'un délai de réflexion de quarante-huit heures aura été observé. Ce délai est porté à deux mois lorsque les informations médicales datent de plus de cinq ans ou lorsque la commission départementale des hospitalisations psychiatriques est saisie en application du quatrième alinéa.

La présence d'une tierce personne lors de la consultation de certaines informations peut être recommandée par le médecin les ayant établies ou en étant dépositaire, pour des motifs tenant aux risques que leur connaissance sans accompagnement ferait courir à la personne concernée. Le refus de cette dernière ne fait pas obstacle à la communication de ces informations.

A titre exceptionnel, la consultation des informations recueillies, dans le cadre d'une hospitalisation sur demande d'un tiers ou d'une hospitalisation d'office, peut être subordonnée à la présence d'un médecin désigné par le demandeur en cas de risques d'une gravité particulière. En cas de refus du demandeur, la commission départementale des hospitalisations psychiatriques est saisie. Son avis s'impose au détenteur des informations comme au demandeur.

Sous réserve de l'opposition prévue à l'article L. 1111-5, dans le cas d'une personne mineure, le droit d'accès est exercé par le ou les titulaires de l'autorité parentale. A la demande du mineur, cet accès a lieu par l'intermédiaire d'un médecin.

En cas de décès du malade, l'accès des ayants droit à son dossier médical s'effectue dans les conditions prévues par le dernier alinéa de l'article L. 1110-4.

La consultation sur place des informations est gratuite. Lorsque le demandeur souhaite la délivrance de copies, quel qu'en soit le support, les frais laissés à sa charge ne peuvent excéder le coût de la reproduction et, le cas échéant, de l'envoi des documents.

Grille d'entretien avec les Directeurs et Responsables d'EHPAD

Thème du mémoire : La liberté d'aller et venir des résidents en EHPAD

Problématique : Comment les EHPAD peuvent-ils concilier les exigences de sécurité avec le respect des libertés individuelles des résidents ?

Introduction

Bonjour et merci beaucoup de m'accorder un peu de votre temps.

Je suis actuellement étudiant(e) en Master 2 Management des établissements médico-sociaux à [votre université/école], et je réalise un mémoire sur le thème de la liberté d'aller et de venir des résidents en EHPAD, avec une problématique centrée sur :

« Comment les EHPAD peuvent-ils concilier les exigences de sécurité avec le respect des libertés individuelles des résidents ? »

L'objectif de cet entretien est de recueillir votre point de vue, en tant que professionnel(le) de terrain, sur les pratiques actuelles, les enjeux rencontrés et les éventuelles pistes d'amélioration sur ce sujet.

Il ne s'agit pas d'un jugement sur votre établissement ou vos pratiques, mais d'un échange d'expérience destiné à enrichir ma réflexion et mon travail de recherche. Vos réponses resteront anonymes et confidentielles si vous le souhaitez.

Est-ce que vous êtes d'accord pour que je prenne des notes et/ou que j'enregistre l'entretien à des fins de transcription uniquement ?

Si cela vous convient, je vous propose que nous commencions.

1. Présentation et contexte de l'entretien

- Pouvez-vous vous présenter brièvement et décrire votre fonction au sein de l'EHPAD ?
- Depuis combien de temps travaillez-vous dans ce domaine ?
- Pouvez-vous nous parler des caractéristiques de votre établissement (taille, type de résidents accueillis, niveau de dépendance) ?

2. Perception et application du droit à la liberté d'aller et venir

- Comment définissez-vous la liberté d'aller et venir dans votre établissement ?
- Quels sont les principaux enjeux liés à cette liberté dans votre EHPAD ?
- Avez-vous déjà été confronté à des conflits entre la liberté des résidents et leur sécurité ? Pouvez-vous donner des exemples concrets ?

3. Dispositifs de sécurité mis en place dans l'EHPAD

- Quels sont les dispositifs de sécurité existants pour prévenir les risques liés aux déplacements des résidents (portes sécurisées, bracelets GPS, caméras, encadrement renforcé, etc.) ?
- Comment ces dispositifs sont-ils perçus par les résidents et leurs familles ?
- Existe-t-il des protocoles spécifiques pour la gestion des fugues ou des situations à risque ?

4. Impact des mesures de sécurité sur les libertés individuelles

- Selon vous, dans quelle mesure ces dispositifs restreignent-ils la liberté des résidents ?
- Comment veillez-vous à ne pas tomber dans une approche trop restrictive ou infantilisante ?
- Avez-vous rencontré des résistances de la part des résidents ou de leurs familles concernant ces mesures ?

5. Pratiques et innovations pour un meilleur équilibre entre sécurité et liberté

- Quelles stratégies mettez-vous en place pour favoriser l'autonomie des résidents tout en garantissant leur sécurité ?
- Avez-vous expérimenté ou envisagé des alternatives moins contraignantes (espaces ouverts, accompagnement spécifique, solutions technologiques éthiques) ?
- Existe-t-il des formations spécifiques pour votre personnel sur cette question ?

6. Concertation et implication des parties prenantes

- Comment intégrez-vous les familles et les résidents dans les décisions concernant leur liberté d'aller et venir ?

- Le comité d'éthique ou le conseil de la vie sociale joue-t-il un rôle dans la réflexion sur ces questions ?
- Selon vous, comment pourrait-on améliorer la gestion de cette problématique dans les EHPAD en général ?

7. Perspectives et recommandations

- Quels seraient, selon vous, les leviers d'amélioration pour concilier davantage sécurité et liberté d'aller et venir en EHPAD ?
- Avez-vous des exemples de bonnes pratiques ou d'initiatives inspirantes dans d'autres établissements ?
- Si vous aviez une recommandation clé à faire aux décideurs (politiques, institutionnels) sur cette question, quelle serait-elle ?

8. Conclusion et remerciements

- Y a-t-il des points que vous souhaiteriez ajouter ou approfondir ?
- Accepteriez-vous que je vous recontacte si j'ai besoin de précisions sur certains éléments ?

Conclusion:

Merci beaucoup pour le temps que vous m'avez accordé et pour la richesse de vos réponses.

Votre témoignage apporte un éclairage précieux à mon travail et contribuera à une meilleure compréhension des enjeux managériaux liés à la conciliation entre sécurité et libertés individuelles en EHPAD.

Si vous le souhaitez, je pourrais vous faire parvenir un résumé de mon mémoire une fois finalisé, ou vous tenir informé(e) de mes conclusions.

Encore merci pour votre disponibilité et la qualité de cet échange. Je vous souhaite une excellente continuation dans vos fonctions.

ANNEXE III - QUESTIONNAIRE À DESTINATION DES PROFESSIONNELS

Bienvenue,

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études portant sur *la liberté d'aller et de venir des résidents en EHPAD (Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes)*, je réalise une enquête auprès du grand public afin de mieux comprendre leurs perceptions, attentes et préoccupations autour de cette question.

Ce questionnaire est anonyme et ne vous prendra que quelques minutes. Vos réponses me seront précieuses pour enrichir ma réflexion sur les moyens de concilier au mieux sécurité et respect des libertés individuelles en EHPAD.

Merci d'avance pour votre participation !

Partie 1 : Profil du répondant

1. Quel est votre lien avec les EHPAD ?

- ☐ Je suis membre de la famille d'un résident actuel
- ☐ J'ai été en contact avec un EHPAD par le passé (famille, proche)
- ☐ Je n'ai jamais été directement concerné

2. Quel est votre âge ?

- ☐ Moins de 30 ans
- ☐ 30-49 ans
- ☐ 50-64 ans
- ☐ 65 ans et plus

3.

4. Avez-vous déjà visité un EHPAD ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Partie 2 : Perception de la Liberté d'Aller et de Venir

4. **Pensez-vous que les personnes âgées résidant en EHPAD devraient pouvoir sortir librement de l'établissement ?**
- ☐ Oui, toujours
 - ☐ Oui, mais sous certaines conditions (accompagnement, autorisation, etc.)
 - ☐ Non, pour des raisons de sécurité
 - ☐ Je ne sais pas
5. **Selon vous, la sécurité doit-elle primer sur la liberté de mouvement en EHPAD ?**
- ☐ Oui
 - ☐ Non
 - ☐ Un équilibre est nécessaire entre les deux
 - ☐ Sans opinion
6. **Seriez-vous inquiet(e) si un membre de votre famille en EHPAD sortait seul(e) de l'établissement ?**
- ☐ Oui, très inquiet(e)
 - ☐ Un peu inquiet(e)
 - ☐ Pas du tout inquiet(e)
 - ☐ Cela dépend de son état de santé
7. **Pensez-vous que restreindre la liberté d'aller et venir d'un résident peut affecter son bien-être ?**
- ☐ Oui
 - ☐ Non
 - ☐ Je ne sais pas

Partie 3 : Connaissance des Droits et attentes

8. **Connaissez-vous les droits fondamentaux des résidents en EHPAD, notamment le droit d'aller et venir ?**
- ☐ Oui, je les connais bien
 - ☐ J'en ai entendu parler mais sans détails
 - ☐ Non, je ne connais pas ces droits

9. **Selon vous, quels sont les moyens les plus adaptés pour concilier liberté et sécurité en EHPAD ?** (*plusieurs choix possibles*)

- ☐ Sorties accompagnées
- ☐ Utilisation de technologies de surveillance (bracelet GPS, etc.)
- ☐ Création d'espaces extérieurs sécurisés
- ☐ Adaptation des soins en fonction de l'autonomie
- ☐ Autres (merci de préciser) : _____

10. **Souhaitez-vous que votre proche en EHPAD puisse participer activement à ses décisions de vie quotidienne (ex : sorties, visites, activités) ?**

- ☐ Oui, absolument
 - ☐ Oui, dans la mesure de ses capacités
 - ☐ Non, je préfère que ce soit encadré par les professionnels
 - ☐ Je ne sais pas
-

Partie 4 : Avis Général

11. **Que pensez-vous globalement de la manière dont les EHPAD traitent la question de la liberté d'aller et venir ?**

- ☐ Elle est bien respectée
- ☐ Elle est parfois négligée
- ☐ Elle est souvent sacrifiée au profit de la sécurité
- ☐ Je n'ai pas d'avis

12. **Auriez-vous des suggestions pour améliorer la conciliation entre liberté et sécurité dans les EHPAD ?**

(Réponse ouverte)

ANNEXE IV - RETRANSCRIPTION DES ENTRETIENS DIRECTEURS

Entretien avec Madame X

Directrice EHPAD DE [REDACTED]

Moi: Du coup, je disais que je m'appelais Sané Michel. Actuellement, je suis en master de management des établissements médico- sociaux à Ilis. Et je réalise un mémoire sur le thème de la liberté d'aller et de venir des résidents avec une problématique centrée sur comment les EHPAD peuvent-ils concilier la sécurité des résidents avec le respect des libertés individuelles de ces résidents-là.

Du coup, le but de cet entretien, c'est de recueillir votre point de vue en tant que professionnel de terrain. Les pratiques actuelles au sein de votre établissement, les enjeux que vous rencontrez. Il ne s'agit pas, bien sûr, d'un jugement de votre établissement ou des pratiques que vous réalisez là-bas.

Mais c'est juste un échange afin d'approfondir ma réflexion et mon travail de recherche sur ce sujet-là. Et je voulais savoir si je pouvais enregistrer ou en même temps prendre des notes afin de pouvoir les transcrire plus tard pour mon entretien.

Madame X: Oui, oui, vous pouvez prendre des notes, il n'y a pas de souci.

Moi: D'accord, merci beaucoup. Du coup, si c'est là où je propose de commencer.

Madame X: Oui, il n'y a pas de souci. C'est rigolant parce qu'on est justement en train de travailler là-dessus, nous aussi. C'est un sujet assez délicat à aborder.

Et je pense que justement, on a du mal aujourd'hui dans nos établissements à concilier la liberté d'aller et venir et la sécurité de nos résidents. Je pense qu'on a un gros travail à faire sur les mentalités des salariés, notamment. Parce que beaucoup pensent que parce qu'ils sont institutionnalisés, on ne peut pas les laisser sortir seuls.

C'est difficile, je pense qu'il y a un énorme travail à faire sur les mentalités. On doit aussi réussir à travailler ça avec les familles. Ce qui est aussi un gros sujet.

Et je pense que justement, on arrive à concilier quand on a une famille qui est d'accord avec nos pratiques. Par contre, si on a une famille en face, que ce soit dans les deux sens, quand on met un résident en unité de vie protégée, par exemple, et qu'on limite ses libertés d'aller et de venir, parfois, pour sa sécurité, on a en face de nous des familles qui refusent et qui nous disent « Laissez-le sortir et s'il se perd, tant pis ». Clairement.

Ça, c'est difficile pour nous. Honnêtement, je vais vous laisser faire dans votre mémoire parce que vous n'avez pas trouvé le sujet le plus simple. Comment peut-on concilier ça ?

C'est une bonne question. Sur nos établissements, c'est surtout en fonction du degré des troubles cognitifs et du degré d'autonomie du résident.

Moi: Parce que moi, l'idée m'est venue d'un constat que j'avais fait. Parce que j'ai fait des stages au sein de trois EHPAD. Et le constat que je faisais, c'est que souvent, en fonction du responsable d'établissement, sa liberté d'aller et de venir de l'établissement dépendait vraiment du responsable de l'établissement.

Il y avait des directeurs qui étaient beaucoup plus ouverts à l'idée de laisser les résidents sortir. Il y en avait d'autres qui étaient un peu moins ouverts à l'idée de laisser une grande liberté aux résidents, surtout ceux qui sont en unité protégée. D'où l'idée de travailler sur ce sujet-là, d'essayer de chercher des pistes d'amélioration, de trouver un consensus, un juste milieu, même si c'est très compliqué actuellement.

Madame X: C'est ça. Je pense que oui, en effet, ça dépend aujourd'hui de la mentalité du directeur, comment il voit les choses. Est-ce que son projet d'établissement est centré sur un peu comme à la maison, ou pas du tout, on reste dans l'institution pure et dure ?

Si on a cette mentalité, si on choisit de travailler aujourd'hui sur un établissement qui ressemble à la maison, bien sûr qu'on sera plus souples sur les allées et venues des résidents. Par contre, je pense que oui, si on a une vision plutôt fermée de l'établissement, de l'institution, oui, bien sûr qu'on ne respectera pas ce droit, en tout cas. Mais je pense qu'il y a un travail à faire avec les équipes, les familles, et un travail à faire sur nous aussi.

Les directeurs, on veut toujours les protéger un maximum pour éviter qu'il se passe quelque chose, mais est-ce qu'en les protégeant trop, on les... On ne les prive pas. On ne les prive pas, voilà, c'est ça, exactement. Je pense qu'il y a un travail à faire là-dessus.

Moi: Aujourd'hui, est-ce que vous pouvez nous parler des caractéristiques de votre établissement ? Il y a combien de résidents, combien d'unités ?

Madame X: On a un établissement de 80 lits.

Voilà, on a 27 places en unité de vie protégée et 13 places en unité de vie pour personnes handicapées et âgées.

Moi: D'accord. Et vous êtes dans cet établissement depuis combien de temps ?

Madame X: Moi, je suis arrivée en décembre, le 23 décembre 2024.

Moi: 2024, OK. Et aujourd'hui, au sein de votre établissement, comment vous définissez... C'est quoi la vision pour vous de la liberté d'aller et de venir ? Comment vous le définissez, vous ?

Madame X: Ça, c'est une bonne question. Comment on le définit ? Moi, personnellement, je pense que c'est assez subjectif.

C'est-à-dire qu'on ne peut pas traiter chacun des résidents de la même façon puisqu'ils n'ont pas tous le même degré d'autonomie. Mais en tout cas, si on parle d'un résident aujourd'hui qui a des troubles cognitifs faibles et une autonomie élevée, la liberté d'aller et venir, elle ne se discute même pas. Si le résident est capable de sortir seul, s'il ne se met pas en danger, il fait ce qu'il veut.

Ça, c'est notre vision des choses ici à Salomine. S'il veut sortir manger chez ses enfants le week-end, le soir, rentrer à l'heure qu'il veut, il n'y a aucun problème. C'est à nous de s'organiser autour de son projet de vie, justement.

Moi: D'accord. Et depuis que vous êtes à [REDACTED], ou bien depuis que vous êtes directrice d'établissement, est-ce que vous êtes déjà confrontée à des conflits sur la sécurité d'un résident ? Et si oui, pouvez-vous nous en parler ?

Madame X: Ah oui, bien sûr. Par exemple, ici, on a une résidente qui se balade toute seule dans la ville et qui se met en danger, qui mériterait aujourd'hui un secteur protégé pour éviter de se mettre en danger. Et on a le refus de Madame et de la famille.

La famille veut bien aujourd'hui que Madame se balade, et tant pis si elle ne se blesse pas.

Moi: Ah oui ? Jusque là ?

Madame X: Jusque là. En disant qu'elle est libre, elle fait ce qu'elle veut. En fait, on est sur une famille aujourd'hui qui pense qu'est-ce qui peut lui arriver de pire aujourd'hui à 95 ans, vous voyez ?

Moi: ils veulent vraiment laisser la personne profiter de sa vie, quitte à...

Madame X: Jusqu'à la fin, quitte à ce qu'il lui arrive quelque chose, parce qu'elle aura profité, plutôt que de subir son enfermement.

Moi: Ça peut se comprendre aussi, mais c'est un peu délicat, sachant que ça vous met aussi un peu en responsabilité.

Madame X: Sur nous.

Moi: Voilà. C'est un peu délicat. Et aujourd'hui, au sein de votre établissement, quels sont les dispositifs de sécurité que vous mettez en place ?

Madame X: En sécurité, on a les digicodes à l'entrée, pour la nuit, en tout cas. C'est ouvert la journée.

Moi: OK. Digicode, journée, OK. Et vous avez aussi des caméras ?

Madame X: On a des caméras, tout à fait.

Moi: Et comment ces dispositifs-là sont perçus par les résidents ou les familles ? Ils se posent des questions ?

Madame X: Non, ce n'est pas un sujet du tout qui est revenu une seule fois, en tout cas pas pour les caméras ni le digicode. Pour le digicode, tant que les familles ont le code pour pouvoir entrer et sortir comme elles le souhaitent, il n'y a pas de sujet, non.

Moi: Et pour vous, est-ce que ces dispositifs-là restreignent la liberté d'aller et de venir ?

Madame X: Bien sûr, tout à fait. Forcément. Les résidents n'ont pas le code, s'ils veulent sortir après 18h, ce n'est pas possible, c'est fermé.

Moi: Et vous, maintenant, comment vous... Je ne sais pas comment l'expliquer, mais comment faites vous pour ne pas tomber dans une approche restrictive ou infantilissante du résident avec ces dispositifs-là ? Comment faites-vous pour ne pas tomber dans cette approche-là de restriction ?

Madame X: Dans l'approche de restriction, on ne peut pas ne pas tomber dedans puisqu'on met un code, c'est fermé. Si ce sont des résidents qui n'ont pas le code, ils ne sortiront pas. Donc forcément, on restreint.

Avec ce dispositif de code ou de porte fermée, on tombe dans les restrictions. Par contre, on ne tombe pas dans l'infantilisation parce que les résidents qui sont capables, ils ont le code. Ceux qui ne le sont pas, on leur explique que l'établissement est fermé de telle heure à telle heure et c'est compris.

Je ne pense pas que pour le côté infantilisant, on ne tombe pas en tout cas, mais pour les restrictions, oui, c'est sûr, on aide.

Moi: Parallèlement, est-ce que vous avez des dispositifs de sécurité en cas d'événements indésirables, en cas de fugue ou de disparition inopinée ?

Madame X: Des dispositifs ? Déjà, ils ont les appels malades qui maintenant de la géolocalisation, mais ça s'arrête au bâtiment. S'il est à trois kilomètres de chez moi, je ne le trouverai pas.

Donc il y a ça. C'est le nouveau système. Je pense qu'il va arriver sur Corbehem d'ailleurs.

Ce n'est pas encore. Et après, c'est tout. En cas de fuite ou de disparition, c'est comme dans tous les établissements.

Moi: Avec des protocoles, tout ça ?

Madame X: Oui, tout à fait.

Moi: Et tout à l'heure, vous me disiez qu'à l'unité, c'était vraiment fermé, qu'il n'y avait pas de possibilité de leur donner des digicodes et que c'était vraiment un endroit protégé.

Aujourd'hui, quelle stratégie vous mettez en place pour favoriser aujourd'hui l'autonomie des résidents qui sont en unité ? Si vous fermez l'unité, parallèlement, vous devez mettre en place quelque chose pour ne pas qu'ils se sentent fermés, quelque chose qui va favoriser l'autonomie des activités ou je ne sais. Mais aujourd'hui, qu'est-ce que vous mettez en place concrètement pour pallier ça ?

Madame X: Alors, aujourd'hui, concrètement, rien. On est, je vous le dis, en restructuration de l'unité de vie protégée. On a des groupes de travail qui commencent à se mettre en place dès la semaine prochaine.

Justement, pour pallier ces restrictions. Ils ont des couloirs de déambulation qui ne leur donnent pas l'impression aujourd'hui d'être enfermés. Ils ne peuvent pas tomber face à un mur fermé.

Il y a les portes du jardin qui peuvent être ouvertes, par exemple. On est sur un cercle de déambulation. On n'est pas sur des allées face à un mur.

Travailler dans ce couloir de déambulation sur des stations, je ne sais pas si vous connaissez le principe, c'est vraiment, je m'arrête, j'ai une activité au mur, sur un meuble, du piage, de l'assemblage, sur ce genre de pratique.

Moi: D'accord. Donc, si je comprends bien, il n'y a pas de stratégie pour favoriser l'autonomie, mais vous travaillez ou vous envisagez des alternatives pour un peu solutionner cela. Est-ce que, de ce fait, le personnel est parallèlement formé à ces éventualités-là ?

Madame X: On est en train. On est en train, justement. Il y en a certaines, oui. Il y en a d'autres, non. Donc, c'est ce qui est prévu et c'est pour ça qu'il y a ces groupes de travail. Mais on va dire qu'on n'est plus sur une stratégie de diversion. Vous voyez, en mettant des choses en place, il peut y avoir aussi, je ne sais pas si vous connaissez, les stickers trompe-l'œil, etc., pour éviter aux résidents de tomber face à un mur de briques et de se dire, je suis coincée. Voilà. On travaille sur plus la stratégie de diversion, finalement, pour moins subir cet enfermement dans l'unité.

J'aimerais aussi que, de temps en temps, les digicodes du bas soient chantées, clairement, qu'ils ne marchent plus et pas passées sur un établissement complètement ouvert. Ils pourraient se déplacer dans l'intégralité du bâtiment. Dans tous les cas, tout le reste est sécurisé également. Voilà. Mais ça, c'est un travail à plus long terme.

Moi: Est-ce que les familles des résidents et même les résidents eux-mêmes sont impliqués dans ce travail-là ? Et si oui, comment vous les intégrerez ?

Madame X: Pas encore.

On est plus, pour l'instant, sur les équipes puisque c'est dur aujourd'hui de leur dire qu'ils peuvent avoir un verre en verre. C'est pas grave. Ils peuvent avoir une fourchette.

Voilà. On y va doucement. On est aujourd'hui ici sur une unité qui a été un peu infantilisée, justement.

C'est ce qu'on essaye d'enlever. On remet des nappes, on remet des verres parce qu'aujourd'hui, il n'y avait pas de nappes, il n'y avait que des gobelets et pas des verres. La déco, par exemple, le vase, il est collé au meuble pour éviter qu'on le prenne.

On a un gros boulot à faire avant de travailler sur la démarche d'enfermement.

Moi: Est-ce que le CVS, aujourd'hui, joue un rôle de réflexion dans ce sujet-là ou il n'est pas convié actuellement dans ses travaux de réflexion ?

Madame X: C'est prévu.

Au prochain CVS, comme on aura commencé les groupes de travail, c'est prévu qu'on travaille sur cette réflexion de non-restriction. Peut-être pas pour l'UVP dans un premier temps parce que c'est plus délicat mais au moins sur les pattes et l'UVP à chaque fois.

Moi: Et vous disposez d'un comité éthique ?

Madame X: Oui.

Moi: Je trouve que c'est très intéressant de mettre en place un comité. C'est un sujet purement éthique et avoir l'œil extérieur ou bien même mener des débats dans ce sens-là, ça peut générer pas mal de solutions.

Madame X: On a commencé notre premier café éthique avec nos résidents et pour l'instant, il n'y a pas eu du tout de retour sur les libertés d'aller et venir. La discussion est la plus tournée avec les résidents autour de la nuit pour le moment et les réveils.

Moi: Aujourd'hui en tant que responsable d'établissement, si vous aviez des recommandations à faire aux autorités compétentes ou même à l'État dans le cadre de la liberté d'aller et de venir, quelles seraient ces recommandations-là ?

Madame X: Je pense qu'aujourd'hui si j'avais plus de moyens humains et financiers pour les unités déjà, je pense que je pourrais retirer ces digicodes.

Moi: Donc aujourd'hui si vous disposiez de plus d'aides soignantes pour gérer l'unité, vous pensez qu'on peut travailler sans même mettre des digicodes ?

Madame X: Oui, tout à fait.

Moi: Actuellement, c'est un problème qu'on constate un peu partout. Le manque de personnel, ça ne vient pas améliorer la liberté des résidents. Ce serait un bon levier pour solutionner cela.

Madame X: Après, il y a de la réorganisation à voir. Je pense que dans un premier temps, si aujourd'hui j'avais plus de personnel formé et compétent aux troubles cognitifs, maladies d'Alzheimer et apparentés, on n'aurait pas besoin de ces digicodes parce qu'il y aurait un taux d'encadrement bien plus élevé. Avec des enfants, on ne met pas de digicodes parce qu'on a un taux d'encadrement élevé, donc pas de risque de fugue puisqu'on a tout le monde tout le temps à l'œil.

Moi: Est-ce qu'aujourd'hui, vous avez déjà fait des formations ou bien même des sensibilisations au personnel par rapport à la liberté d'aller et de venir ?

Madame X: Non, pas encore. Je ne suis pas là depuis assez longtemps.

Moi: D'accord. Je vous en parle parce que nous, on en fait assez régulièrement. Après, on vient de faire nos évaluations externes.

Si c'était dans le but de travailler un peu sur cette thématique-là parce que ça fait partie des critères qu'on me demande lors de l'évaluation. Oui. Je pense que j'ai fait un peu le tour de mes questions.

J'aimerais savoir si vous avez d'autres points sur lesquels vous souhaiteriez approfondir ou ajouter des éléments.

Madame X: Non, c'est un sujet qui est assez difficile à traiter. Vous êtes lancé sur quelque chose de pas facile.

Moi: J'ai fait pas mal d'entretiens et jusque-là, je ne trouve aucun responsable d'établissement qui me donne concrètement une solution type pour concilier celle-là. Si j'ai ceci, c'est sous-conditionné. Bien sûr. C'est un peu délicat. Voilà. Surtout dans le cas de l'humilité, c'est très délicat.

Madame X: Bien sûr. Mais en fait, il faut trouver le juste milieu entre sécurité et liberté. Aujourd'hui, c'est des gens qui se mettent en danger déjà à l'intérieur. Comment les laisser être en sécurité sur un extérieur ? Ou alors, il faudrait qu'on ait des grands parcs fermés. Et là, on pourrait les laisser, il n'y aurait pas de risques de fugue, étant donné qu'il y aurait une barrière, mais un peu plus loin.

Moi: Moi, jusque-là, je trouve aussi qu'à l'unité, ce qui serait bien, c'est d'agir un peu sur l'architecture des bâtiments et des unités. Ça peut être une sollicitation d'adapter

vraiment les unités de sorte que ce soit vraiment vaste et un endroit où ils ne vont pas trop s'ennuyer. Je suis d'accord.

En tout cas, merci beaucoup. Avec plaisir. Merci de m'accorder de votre temps.

Je vais sûrement vous recontacter pour vous faire part des conclusions que je vais tirer de mes analyses. Ce sera avec grand plaisir que je vous enverrai mon mémoire. Ça marche.

Madame X: Bon courage.

Moi: Merci beaucoup. Je vais vraiment utiliser vos témoignages pour approfondir ma réflexion. En tout cas, merci énormément.

Madame X: De rien. Allez, au revoir.

Moi: Au revoir. Passez une bonne journée.

Entretien avec Madame Y

Moi: Je vais d'abord peut-être commencer par me présenter, je m'appelle Michel Sané, je suis en master2 en management des établissements médico-sociaux à Ilis, et je réalise un mémoire sur le thème de la liberté d'aller et de venir des résidents dans les EHPAD, comme problématique centrée sur comment les EHPAD peuvent-ils concilier les exigences de sécurité et le respect des libertés individuelles des résidents.

Madame Y: D'accord, ok. C'est un sujet en plus qui est plus que d'actualité, notamment avec l'évaluation HAS où c'est un des critères impératifs.

Moi: Oui. En fait, j'ai déjà eu à réaliser des stages dans des EHPAD, et mon constat, c'est que d'un établissement à un autre ou d'un responsable à un autre, la vision de la liberté peut changer d'un établissement à un autre. Du coup, c'est l'occasion de pousser ma réflexion sur ce sujet-là, de recueillir votre point de vue en tant que professionnel de terrain, et puis peut-être d'éventuelles pistes d'amélioration sur ce sujet-là.

Madame Y: Oui,

Moi: bien sûr. Il ne s'agit pas, bien sûr, d'un jugement de votre établissement ou de vos pratiques, mais d'un échange d'expériences afin de mieux pousser ma réflexion sur ce sujet-là et mon travail de recherche.

Madame Y: Ok, pas de souci.

Moi: Voilà. Je vais peut-être vous laisser vous présenter.

Madame Y: Alors, du coup, moi, je suis [REDACTED]. Je suis directrice de l'EHPAD de [REDACTED] situé à [REDACTED], en partenariat avec la [REDACTED], depuis juillet 2024. Avant, j'étais durant un an et demi dans la fonction publique territoriale, en tant que directrice d'établissement. Et avant cette expérience aussi dans la fonction publique territoriale, j'étais déjà chez Partage Et Vie, où j'avais fait mon stage de master 1, mon contrat pro de master 2, puisque moi aussi, je viens d'Ilis.

Je suis diplômée depuis 2019. Donc, voilà, je suis un bébé Ilis et un bébé [REDACTED]. Voilà, donc j'ai une licence sciences sanitaires et sociales et un master aussi, management d'établissement médico-social.

Moi: Oui, c'est bien, c'est bien. Il y a beaucoup de ressortissants d'Ilis dans le Nord, en tout cas. La plupart des responsables d'établissement que je vois sont d'Ilis la plupart du temps.

Madame Y: C'est vrai que [REDACTED], vu qu'à un moment accueillait beaucoup de stagiaires et de contrats pros, c'est vrai que c'était, on va dire, un terrain de stage ou de professionnalisation intéressant. Et c'est vrai que derrière, pour certains, on a eu quand même pas mal d'opportunités après notre diplôme. Sachant que les postes de directeur sont quand même notamment quelque chose qui bouge pas mal. Donc, c'est vrai qu'on avait eu pas mal. Enfin, moi, notamment, j'ai eu l'opportunité. Enfin,

j'étais partie parce que je n'avais pas l'opportunité d'avoir un poste sur la région. Et quand le poste, du coup, sur [REDACTED] s'est libéré, puisque c'est un établissement qui a été repris au 1er janvier 2024 par [REDACTED], [REDACTED], la directrice territoriale, m'avait recontactée.

Moi: Ah, mais c'est bien. Et l'établissement que vous dirigez actuellement, c'est un établissement de combien de places ? C'est quoi les caractéristiques de l'établissement ?

Madame Y: Alors, c'est un établissement de 71 places, dont 70 places d'hébergement permanent et 1 place d'hébergement temporaire, avec une unité de vie Alzheimer de 14 places. En plus de ces 71 places, on a un accueil de jour de 6 places. Et ensuite, on a aussi un PASA de 12 places en interne de l'établissement. On a, on va dire, quasi toutes les unités, tous les services, hors une unité de vie personnelle handicapée et vieillissante.

Moi: Ah, mais c'est bien. C'est un bon établissement. C'est bien.

Madame Y: C'est un établissement à taille humaine, même si on aurait aimé plus se rapprocher des 80 lits. Mais voilà, c'est plutôt un bon établissement.

Moi: Du coup, comme je vous disais, je travaille actuellement sur la liberté d'aller devenir des résidents en EHPAD. Du coup, j'aimerais savoir, vous, en tant que responsable d'établissement, comment vous définissez la notion de liberté, ou bien quelle est votre vision de la notion de liberté au sein de votre établissement ? La liberté d'aller devenir, bien sûr.

Madame Y: La liberté, déjà, on a les outils de la loi 2002 qui sont notre base de travail, et notamment la charte des droits et libertés, qui est l'outil un peu retournable lorsque l'on travaille en établissement. La liberté, en fait, le tout, c'est de... Nous, on le définit... Pour en venir à la base, l'établissement que je vis, quand je suis arrivée, il y avait des codes partout.

Et les codes, personne n'avait les codes, notamment par exemple les familles ou même les résidents. Parce qu'on disait oui, ici, on donne les codes. Les résidents vont partir, vont fuguer, etc.

Alors que nous, c'est un petit peu comme à Corbehem, on a un parking et on a un portail. Donc, il y a plusieurs sécurités, plusieurs possibilités avant que les résidents sortent. Et puis on a aussi les appels malades, qui sont disponibles et qu'on active en fugue, portail, même s'il n'y a pas du tout ce terme, parce que les résidents, vraiment, ne fuguent pas, puisque ce n'est pas des personnes qui sont mineures.

Donc, ils ont le droit d'aller et venir. Et le tout, c'est d'identifier, en effet, le risque. Pour moi, tous les résidents sont libres d'aller et venir.

Alors après bien évidemment, en fonction de leur état de santé et de leur capacité cognitives, si je puis dire, où ils nécessitent d'être accompagnés pour ne pas se mettre en danger. Mais pour moi, tous les résidents ont cette liberté, ce droit d'aller et venir, de sortir de l'établissement quand ils souhaitent. Après, c'est à nous d'encadrer le risque et d'identifier les risques.

Et je pense que ça, c'est individuel à chaque résident.

Moi: Oui. OK, je vois. Je comprends beaucoup, beaucoup mieux maintenant. Et depuis que vous occupez cet établissement-là, vous n'avez pas encore rencontré d'opposition de la part d'un résident ou d'une famille quant à sa liberté d'aller et de venir, que ce soit aussi bien en unité protégée qu'en unité classique. Vous n'avez pas encore rencontré de problème de liberté d'un résident qui s'opposait à sa liberté d'aller et de venir.

Madame Y: Du coup, je disais que, bien évidemment, aussi, on a la liberté d'aller et venir classique. Mais il y a aussi une annexe dans le contrat de séjour qui est présente pour tout ce qui est restriction des droits de liberté d'aller et de venir des résidents, notamment s'ils vont en ligne de l'Église des Mœurs, s'ils sont accueillis en passant, et aussi toutes les contentions physiques.

Et quand je suis arrivée, en effet, il y avait, selon moi, beaucoup de résidents qui avaient des contentions abdominales pelviennes au fauteuil. Et j'ai demandé à l'équipe de soins et l'infirmière coordinatrice de réévaluer un peu plus régulièrement ces contentions.

Et il y a une famille, notamment pour un résident, pour qui on avait retiré la contention, et une famille qui s'est proposée parce que, selon elle, il y avait un risque de chute important. Alors si, en effet, cette décision enlève une décision médicale, du coup, on a quand même accepté et été dans le sens de la famille concernant cette liberté d'aller et de venir. Et puis à l'inverse, il y a aussi des résidents qui nous demandent parfois pour leur sécurité le soir d'avoir les barrières de lits, qui sont également une restriction des libertés et des droits d'aller et de venir.

Et ça aussi, on respecte le choix du résident. Plutôt que c'est toujours, en fait, de poser le bénéfice-risque, en fait. Oui.

Moi: Donc si je comprends bien, cette liberté d'aller et de venir peut varier aussi bien, voilà, ça peut être aussi bien à votre faveur que du côté du résident, en fait. Parfois, ça peut venir même du résident, ou bien des fois, ça peut venir de l'établissement, si je comprends bien.

Madame Y: Exactement. C'est ça.

Moi: Et aussi, de par ce que vous m'avez expliqué, la vision de la liberté d'aller et de venir, ça dépend aussi vraiment du responsable de l'établissement. Il y a certains qui sont beaucoup plus ouverts à la liberté d'aller et de venir, et d'autres qui sont beaucoup plus dans la restriction.

Madame Y: Exactement. Ça, c'est aussi une philosophie, une vision des choses et aussi une méthode de management. Mais vous voyez, moi, beaucoup, j'ai mis mon évaluation externe la semaine dernière.

Et c'est vrai que pour moi, les directeurs, les responsables d'établissement doivent s'appuyer sur cette évaluation HAS et ce manuel d'évaluation, puisque c'est quand même les attendus de la haute autorité de santé. Alors même si des fois, il y a des choses qui sont un petit peu compliquées à mettre en œuvre, mais concernant la liberté d'aller et de venir, moi, quand je suis arrivée, justement, je n'étais pas d'accord avec le fait qu'on n'ouvre pas le code, parce qu'aux familles, il y avait l'agent d'accueil qui était présent, qui ouvrait les portes, parce que nos portes à l'accueil ne se mettent pas de façon automatique, donc le code doit toujours être mis en œuvre. Donc déjà, j'ai fait un premier pas en communiquant le code aux familles,

puisqu'auparavant, il n'y avait pas de logique, c'était plus contraignant qu'autre chose.

Et derrière, en préparant l'évaluation externe, j'ai dit qu'en fait, on n'est pas bon en termes de respect des droits, des libertés d'aller et de venir des résidents, puisqu'on n'en met pas de façon accessible le code. Alors même si le code, on le met à l'envers, là finalement, on a pris le parti et le choix de l'afficher. Et en fait, pour les familles, il est affiché, mais les gens ne regardent tellement pas l'affichage. En fait, il n'y a aucun risque supplémentaire d'afficher le code.

Moi: Oui, je comprends. Il y a souvent des techniques comme ça. Les établissements, ils mettent le code, mais ils écrivent en dessous « taper à l'envers », tout ça. Du coup, c'est un peu une...

Madame Y: Exactement. Et en fait, là, on l'a vraiment mis dans le sens classique, en 2010 ou 1924. Et il n'y a pas de souci, en fait, sur le sujet. Il n'y a aucun résident qui est sorti de façon inopinée. Et puis de toute manière, ils n'ont pas eu la chance, la possibilité de sortir par l'extérieur, en fait, et avoir accès au jardin.

Mais vu qu'il y a cette double sécurité avec le portail et qu'on a activé, du coup, en contrepartie de la diffusion du code pour les résidents et les familles, on a activé tous les résidents avec leur appel malade. Évidemment, à condition qu'ils le portent, les risques de fugue, comme ça, si un résident passe le portail avec son bracelet, ça sonne, on va dire qu'on a sécurisé la chose, mais qu'on ne restreint pas, du coup, on ne restreint plus le risque des résidents de se déplacer dans tout l'ensemble de l'établissement, que ce soit intérieur et extérieur. OK.

Moi: Donc, si je comprends très bien les actions que vous mettez en place, c'est un peu pour ne pas tomber dans une approche un peu restrictive de la liberté d'avenir du résident, mais en contrepartie, vous mettez aussi des dispositifs, notamment des bracelets anti-fugue ou de sortie inopinée pour un peu encadrer la chose, en fait.

Madame Y: C'est ça. En fait, on repousse les limites et le risque en mettant des choses en place, mais derrière, on respecte les droits et libertés des résidents.

Moi: Mais pour le moment, il n'y a pas encore de familles ou de résidents qui se sont opposés à l'idée de mettre des bracelets anti-fugue ou...

Madame Y: Le bracelet, c'est le bracelet appel malade, en fait, à la base, mais pour lequel on a activé, du coup, l'anti-fugue. Alors après, bien évidemment, il y a des résidents qui ne le portent pas. Par exemple, en unité de vie Alzheimer, les résidents n'ont pas de bracelet / médaillon appel malade.

Mais ils sont dans une unité sécurisée. Et là, bien évidemment, en unité de vie Alzheimer, les résidents, on n'y met pas de digicode. Parce qu'il faut quand même être logique.

Puisqu'ils sont accueillis en unité de vie alzheimer parce qu'ils ont ce risque de sortie inopinée. Donc là, ils n'ont pas accès au code. Mais moi, je parle d'accès au code pour les résidents du bâtiment principal de l'état conventionnel, qui visiblement ne présentent pas de troubles ou de mise en danger.

Moi: Oui, je comprends très bien. Mais moi, par exemple, dans mes recherches, quand je recherche un peu la définition de la liberté, quand je lis un peu les textes de loi, je vois que la liberté, c'est la personne, quel que soit l'endroit où la personne se

trouve, que ce soit en unité classique ou en unité protégée. La personne devait être libre de ses mouvements, en fait.

Du coup, comment aujourd'hui, en tant que directrice, vous pouvez concilier sa sécurité en tant que résident et en même temps respecter sa liberté d'aller et de venir ? Parce que c'est un peu compliqué. D'une part, on est garant de sa sécurité. Et d'autre part, la personne est libre de bouger, d'aller où elle veut.

Du coup, c'est un peu compliqué de trouver un juste milieu. Comment aujourd'hui, quelle stratégie vous mettez en place aujourd'hui pour bien encadrer cela ?

Madame Y: La stratégie, par exemple, c'est de rendre accessible les codes, notamment pour l'ehpad classique, pour que les résidents puissent aller et venir comme ils le souhaitent, de l'intérieur vers l'extérieur, et d'avoir, du coup, cette sécurité pour la responsabilité en tant que directrice d'avoir une alerte lorsque le résident passe le portail. Pour ça, c'est pour les résidents qui sont en Ehpad classique, d'hébergement classique.

Et pour tout ce qui est unités de vie alzheimer, c'est un peu plus compliqué à mettre en place, puisque malgré tout, les résidents ont quand même la possibilité de déambuler comme ils le souhaitent dans l'unité, dans le lit. Et ils ont même un accès au jardin, donc il y a un jardin clôturé, certes, mais ils ont un accès au jardin, malgré tout.

Moi: D'accord. Outre le jardin, comment aujourd'hui peut-on peut favoriser leur autonomie ? Est-ce que vous avez des activités ou bien des actions à mettre en place pour favoriser leur autonomie et faire en sorte que ces personnes-là ne se sentent pas en prison dans les unités protégées ?

Madame Y: Ah, bah... Favoriser leur autonomie, en fait, non, c'est leur lieu de vie... Attendez, il me pose une colle, là, quand même. Favoriser leur autonomie, ils sont libres de faire ce qu'ils souhaitent dans l'unité de vie, mais bien évidemment, ils restent... Ils restent à l'unité, quoi. Ils restent dans l'unité, après, bien évidemment, ça leur arrive de venir dans le bâtiment principal accompagnés.

Dans le bâtiment principal, je dis l'ehpad conventionnel, parce que nous, on appelle ça le bâtiment principal, mais de venir dans l'ehpad conventionnel. Mais après, il y a des résidents... Enfin, il y a des résidents de l'unité de vie alzheimer qui sortent, qui sortent avec son conjoint ou autre, il n'y a pas de problème, en fait. Mais il faut qu'elles sortent accompagnées parce qu'elles sont très désorientées.

Mais les résidents qui souhaitent aller à l'extérieur accompagnés par leur famille ou en particulier, c'est totalement possible. Là, il y a des résidents de l'unité de vie Alzheimer et de l'EHPAD qui sont partis en sortie aussi.

Moi: Ça, c'est une bonne action, par exemple.

Madame Y: C'est pas parce qu'ils entrent en établissement qu'ils ne sortiront plus jamais d'établissement, qu'ils ne feront plus rien et qu'ils doivent rester dans cette unité fermée avec des codes.

Moi: Je trouve que c'est une bonne idée, notamment. Vous me disiez tout à l'heure que vous avez un PASA. Je pense aussi que le PASA, ça peut jouer un rôle un peu prépondérant dans leur autonomie en les aidant un peu à sortir, à organiser des

activités. Souvent, c'est des personnes qui ont eu une vie très active avant de venir à l'EPAD. Du coup, après, ça peut être perçu pour certains résidents. Souvent, j'ai discuté avec des résidents de l'UPI qui se sentent un peu en prison. Et puis souvent, c'est compliqué de trouver le juste milieu pour ne pas trop les restreindre et en même temps garantir leur sécurité.

Est-ce que vos salariés ont également été formés à la liberté d'aller et de venir ? Est-ce que le personnel est sensibilisé par rapport à ça ?

Madame Y: Justement, dans le cadre de l'évaluation externe, on a mis en place en février, tous les vendredis, un instant de réflexion sur les bonnes pratiques professionnelles.

Et notre travail a commencé par balayer les droits et les libertés des résidents en s'appuyant sur la charte. Et du coup, à chaque fois, notamment la liberté des droits d'aller et de venir, le but est de définir ce qu'était la liberté d'aller et le droit d'aller, la liberté des résidents, ce qu'on faisait de bien actuellement, ce qu'on faisait de moins bien et sur quel point on pouvait s'améliorer et d'ailleurs de définir les actions à mettre en place, notamment l'histoire des codes pour essayer de repousser cette sensation des résidents qui étaient restreints d'aller comme ils le souhaitaient.

Et ça, c'est un instant de réflexion qu'on a mis en place et qui continue chaque vendredi où on réfléchit sur nos bonnes pratiques. Vous voyez comme un résident, on accueille depuis peu un résident fumeur, mais un résident qui ne peut pas se déplacer seul puisqu'il est en fauteuil avec une jambe en moins, etc., donc il nécessite qu'on l'accompagne. Donc comment on met en place des choses pour qu'il puisse continuer à exercer ce droit de fumer, aller à l'extérieur, etc.

Moi: Et est-ce que les familles sont impliquées, sont conviées à ces moments de discussion-là ? Vous impliquez aussi les familles pour prendre un peu le...

Madame Y: Oui, les familles et les résidents sont conviées à ces moments, tout comme on a aussi un comité bien-traitance. Donc bien évidemment, dans le comité bientraitance, on aborde le risque des droits et libertés des résidents et les familles et les résidents sont également conviées.

Moi: Je vais un peu revenir sur les dispositifs que vous mettez en place.

Est-ce que vous avez des dispositifs ou bien vous pensez à une technologie qui pourrait permettre peut-être de garantir la liberté des résidents tout en leur laissant une certaine autonomie dans leur capacité de mouvoir et de bouger un peu partout ?

Madame Y: Les bracelets, on va dire, les appels malades avec l'activation de l'anti fugue au portail, ça c'est quelque chose en effet qui est possible. Moi, c'est parce qu'en fait la porte automatique d'entrée de l'établissement, enfin la porte avec le code, on ne peut pas la mettre en automatique. Sinon, j'aurais voulu que la journée, quand il y a le personnel administratif, on la mette en automatique et puis comme ça, il n'y a pas de problème en fait.

Mais le problème, c'est que ça peut être trop cher au moment de l'installation de cette porte, donc du coup en fait, elle ne s'ouvre qu'avec un code. On n'a pas la possibilité de la mettre en automatique. Sinon, ça c'est aussi une possibilité pour que les résidents soient vraiment libres d'aller venir, de se rendre à l'extérieur, etc.

Sachant qu'en contrepartie, pour notre sécurité et notre responsabilité, ils ont du coup le bracelet, le médaillon appel malade avec l'anti fugue activé.

Moi: OK. Et aujourd'hui, si vous aviez des recommandations à faire aux décideurs politiques, à la tutelle ou aux personnes qui décident même des lois qui définissent un peu la liberté d'aller devenir, quelles recommandations donneriez-vous aujourd'hui à ces institutions-là ou à ces décideurs politiques pour un peu améliorer la liberté des résidents et garantir aussi leur sécurité aujourd'hui ?

Madame Y: Je pense qu'il faudrait revoir peut-être malgré tout les moyens humains parce que malheureusement, on sait très bien qu'en établissement, c'est très compliqué de recruter, il y a des grosses tensions personnelles.

Et je pense que si on avait davantage de moyens humains, on pourrait permettre davantage, on va dire, d'ouvrir les vannes et de permettre aux résidents d'aller venir puisqu'il y aurait davantage de surveillance. Et malheureusement, aujourd'hui, on ne peut pas se permettre de faire tout ça, notamment dans les unités de vie alzheimer, parce que finalement, les unités de vie alzheimer, ça ne va pas du tout dans le bon sens et dans cette perception et dans cette vision de la liberté et des droits d'aller venir des résidents.

Moi: Ok, merci beaucoup.

Y a-t-il des points sur lesquels vous souhaiteriez ajouter quelque chose ou approfondir ?

Madame Y: Non.

Moi: On arrive à terme de mes questions. J'ai épuisé mes questions.

Merci beaucoup, Madame Y.

Madame Y: J'espère vous avoir apporté des éléments de réponse. Surtout, n'hésitez pas et avec plaisir, en tout cas, de pouvoir éventuellement lire votre mémoire quand vous l'aurez terminée.

Moi: Merci beaucoup. En tout cas, encore merci beaucoup pour le temps que vous m'avez accordé. Ce témoignage-là va beaucoup m'éclairer sur mon travail de recherche et ça va beaucoup me servir.

Ce sera avec grand plaisir, je vous enverrai un résumé de mon mémoire ou le mémoire même une fois terminé et puis je vous ferai un retour.

Madame Y: D'accord, super. En tout cas, si vous avez besoin, je ne sais pas moi, de relecture ou autre. N'hésitez pas, avec plaisir.

Moi: Merci beaucoup et passez une très bonne journée. A demain. Merci, bonne journée. A demain. Au revoir.

Entretien avec Madame Z

Me Z: Je m'appelle Me Z Je suis la directrice par intérim à [REDACTED], à ce poste depuis le [REDACTED], récent, et ça fait trois ans que je suis à la [REDACTED] où j'ai été stagiaire de direction, alternante, adjointe, et maintenant directrice par intérêt.

Moi: D'accord, super c'est bien.

Me Z: Et je viens d'Ilis aussi.

Moi: C'est bien. Comme je vous disais tout à l'heure, mon sujet de mémoire, ça tourne autour de la liberté d'aller devenir des résidents en EHPAD. L'objectif, c'est vraiment de recueillir votre point de vue, les pratiques actuelles au sein de votre établissement, les enjeux autour de ce sujet-là, et éventuellement peut-être des pistes d'amélioration par rapport à ce sujet-là. Voilà. Le but, ce n'est pas peut-être de juger votre établissement ou vos pratiques, mais c'est de faire un échange d'expériences sur votre vécu, comment vous vivez peut-être cette question-là au sein de l'établissement, et enrichir ma réflexion et mon travail de recherche.

Me Z: Ok.

Moi: Tout ce qui sera dit dans l'entretien, bien sûr, sera confidentiel, et puis si vous le souhaitez, ce sera confidentiel et anonyme, en fait. Je ne sais pas si ça vous dérangerait peut-être que j'enregistre ou bien...

Me Z: Non, ça ne me dérange pas....

Moi: C'est pour des fins de transcription, en fait.

Me Z: Oui, il n'y a pas de souci.

Moi: Merci beaucoup.

Donc, si cela vous convient, je vous propose de commencer du coup l'entretien.

Me Z: Oui.

Moi: Est-ce que vous pouvez me présenter brièvement l'établissement dans lequel vous êtes, s'il vous plaît ?

Me Z: Oui. Alors, nous, la résidence [REDACTED], elle est plus du côté du Valenciennois. On a 69 places. Oui. 66 en hébergement permanent et 3 en hébergement temporaire.

Moi: Ok.

Me Z: Et on a donc 13 places en unité protégée, 12 en permanent et 1 en temporaire en unité protégée parmi les... Ok. ... dans les 66-69. Et on a 14 places en phase là aussi.

Moi: D'accord. Est-ce que vous avez une définition au sein de votre établissement des notions des libertés d'aller et de venir ?

Me Z: Alors, définition, pas forcément à propos d'en parler, mais chacun est libre d'aller et de venir comme il le souhaite dans l'établissement et en dehors de l'établissement. Donc, ça, il n'y a pas de souci de ce côté-là, sauf bien sûr en unité protégée où c'est plus compliqué et que le résident ne peut pas forcément sortir seul de l'unité.

Mais par contre, il n'y a pas de souci si jamais il sort en présence d'un soignant ou de sa famille. Il peut partir en week-end avec sa famille, etc. Il n'y a pas de souci là-dessus non plus aussi.

Moi: D'accord. Est-ce que vous avez déjà rencontré des conflits entre la liberté des résidents et leur sécurité en fait ? Parce que vous me dites que l'UP a des exceptions ?

Me Z: Alors, conflit, non. Par contre, oui, ça arrive qu'on ait des résidents de l'unité classique qui sortent de la résidence alors qu'ils commencent à avoir des troubles cognitifs.

Donc, ils sont libres de sortir, mais ça peut être dangereux si jamais nous, on n'en a pas connaissance. Alors, on essaie d'en avoir connaissance au maximum. Il y a quelqu'un qui est près de l'accueil, etc.

Donc, on le voit. Pour autant, on les laisse sortir et on reste derrière eux pour voir s'ils ne s'éloignent pas trop. Et s'ils s'éloignent trop, dans ces cas-là, on essaie de les inviter à faire demi-tour.

Et c'est là le seul petit problème, c'est pour les personnes qui ne sont plus vraiment en capacité, mais qui ne sont pas en unité protégée. On peut quand même les laisser sortir parce qu'ils ont le droit, mais il ne faut pas les mettre en danger non plus.

Moi: Exactement.

Et quels sont les dispositifs aujourd'hui que vous mettez en place au sein de l'établissement pour un peu la sécurité des résidents ? Les dispositifs que vous mettez en place. Parce que je suppose que l'UP, il y a des dispositifs que vous avez mis en place au sein de votre UP et peut-être dans l'établissement.

Me Z: Oui.

Alors, au sein de l'unité protégée, les portes sont fermées. Il y a un code pour sortir de l'unité protégée. Il y a aussi un code pour sortir de l'EHPAD en général, mais qui est ouvert la journée.

On ne ferme pas les portes de l'EHPAD la journée, mais c'est surtout pour le soir où c'est mis en place le soir, ou le matin tôt aussi quand il n'y a personne à l'accueil, etc. Et des fois le week-end, quand on n'a pas d'administratif du tout, qu'il n'y a personne le week-end, c'est possible que les portes soient fermées. Et aussi quand on fait des repas où on a tout le monde en bas et qu'on voit qu'il y a une personne qui a tendance vraiment à essayer de partir, dans ces cas-là, par vigilance, on préfère fermer les portes à ce moment-là pour qu'on puisse ne pas être tout le temps en train de devoir surveiller cette personne en général.

Donc ça, c'est les choses qui sont mises en place. On n'a pas de bracelet pour les fugues, etc. On n'a pas ça dans l'état d'esprit.

Moi: D'accord. Et vous avez des protocoles aussi en cas de fugue ou en cas de danger ?

Me Z: Il y a des protocoles qui sont écrits, qui sont faits en ce temps-là, de sortie inopinée. On n'appelle pas ça une fugue, mais une sortie inopinée.

Moi: Ok. Et aujourd'hui, comment c'est perçu par les résidents, par exemple ? Un résident qui veut sortir le week-end, mais qu'il n'y a personne à l'accueil et que les portes soient fermées. Comment c'est perçu aujourd'hui ?

Me Z: Après, c'est assez rare que les portes soient fermées et que le résident ne puisse pas sortir.

Si vraiment c'est le cas, il vient nous voir en disant que les portes sont fermées, et il ne prend pas du tout ça comme "j'ai pas le droit de sortir", mais juste qu'on a oublié d'ouvrir les portes. Et du coup, il vient nous voir pour dire, est-ce que vous pouvez m'ouvrir la porte, je vais sortir. Après, souvent, les résidents prennent l'habitude de nous prévenir quand ils sortent de l'établissement.

Comme ça, nous, on est quand même au courant d'où ils sont. Comme ça, s'ils ont une chute, si jamais on n'a pas de nouvelles, on sait que les résidents sont sortis. Donc non, ils ne le prennent pas forcément mal, puisque dans tous les cas, ils nous préviennent qu'ils vont sortir.

Donc juste, ils nous demandent si on peut ouvrir les portes, et il faut faire attention de les laisser ouverts pour qu'ils puissent rentrer dans l'établissement.

Moi: Et à ce jour, vous n'avez pas encore rencontré de résistance de la part d'un résident quant à l'idée de vouloir sortir, par exemple ?

Me Z: Pas à ma connaissance. Après, ça ne fait pas si longtemps que je suis dans l'établissement. Mais en tout cas, on ne rencontre pas ce problème. Pour le coup, les résidents sont arrivés au courant après.

Moi: Et aujourd'hui, comment vous, en tant que représentante de l'établissement, comment vous venez à ne pas trop tomber dans une approche trop restrictive de la liberté des résidents aujourd'hui ?

Me Z: De toute façon, quand ils rentrent dans l'EHPAD, on leur dit qu'ils sont chez eux et qu'ils ne sont pas dans une prison, donc qu'ils peuvent venir comme ils le souhaitent. Je ne pense vraiment pas qu'il y ait cette contrainte.

Après, c'est sûr que la contrainte est présente pour l'unité protégée. Et dans ces cas-là, on fait signer l'annexe de liberté qui a été faite avec le médecin coordinateur. Mais bon, après, comme les résidents en unité protégée ne sont plus vraiment en capacité cognitivement pour dire qu'ils ont envie de sortir, etc., ce n'est pas vraiment un problème qui vient de leur part.

Moi: OK. Et aujourd'hui, est-ce que vos salariés sont aussi formés à la question de la liberté d'aller devenir des résidents au sein de l'EHPAD ? C'est souvent des questions, peut-être, qu'on n'a pas souvent le temps de... Il n'y a pas souvent des formations là-dessus, peut-être dans certains établissements. Et il arrive parfois que

certain salariés empêchent catégoriquement qu'un résident puisse sortir, alors que la personne, elle est libre, elle n'est pas en prison, elle est libre de mouvoir où elle veut, de ses mouvements et de ses gestes.

Du coup, est-ce que le personnel aussi est un peu sensibilisé sur ce sujet-là ?

Me Z: Alors, le personnel est au courant qu'il faut que tout le monde soit libre d'aller et venir comme il le veut. Récemment, comme on a du personnel qui change, on n'a pas fait de sensibilisation du personnel à ce sujet, mais c'est justement des sujets qui sont abordés par la psychologue et où elle a prévu de sensibiliser aussi le personnel à ce sujet. Et pareil, d'ailleurs, c'est sa prochaine réunion qui est fin avril, où elle va aussi sensibiliser les résidents, donc aller les voir et faire un groupe de parole sur eux, leur ressenti d'aller venir et voir au niveau de ce groupe de parole. C'est quelque chose que je pourrais vous dire après, comment ils ont ressenti la chose, mais elle les interroge fin du mois.

Moi: Moi, je trouve que c'est vraiment un des sujets qu'on pourrait parfaitement aborder en commission d'éthique, donc c'est peut-être l'occasion parfois de ramener ces sujets-là. Et je ne sais pas si aujourd'hui, lors de la sensibilisation de la psychologue, elle invite les familles aussi à participer à ces séances de sensibilisation ou les représentants des résidents ?

Me Z: Alors, pas pour celles qui sont prévues là actuellement.

Après, c'est vrai que c'est des sujets où elle pourrait faire des conférences avec les familles aussi à ce sujet, mais pour l'instant, les familles ne sont pas conviées à la future conférence qu'elle va faire, le groupe de parole avec les résidents. Les familles ne sont pas conviées à ce groupe-là. Après, je sais qu'en individuel, s'il y a un sujet ou quoi que ce soit, elle reçoit les familles, elle évoque les sujets avec eux, elle est très disponible pour aborder ces sujets-là.

Il n'y a pas de souci au niveau individuel en tout cas. –

Moi: D'accord, d'accord. Et vous aujourd'hui, en tant que directrice d'établissement, est-ce que vous avez des stratégies, peut-être des leviers qui nous permettraient de concilier cette liberté d'aller et de venir des résidents ? Parce qu'ils ne sont pas en prison, même les résidents de l'UP, légalement, ils devraient être en mesure de bouger comme ils veulent, parce que dans toutes les recherches que j'ai vues en matière de liberté, il n'y a pas de restrictions, même pour les résidents qui sont en UP.

Vous savez qu'il y a aussi l'aspect sécurité sur lequel on veille beaucoup aussi en tant que directrice d'établissement. Selon vous, est-ce qu'il y a des leviers qui nous permettent aujourd'hui de concilier ces deux problèmes-là ? D'une part, la liberté d'aller devenir des résidents, et d'autre part, la sécurité en fait. –

Me Z: Là, actuellement, je ne vois pas, dans le sens où dans l'unité classique, je pense qu'ils ne sont pas contraints au niveau de la liberté d'aller et venir, et c'est vraiment en unité protégée.

Pour le coup, je n'ai pas vraiment de levier à ce niveau-là, où pour nous, ce ne serait pas possible de laisser l'unité ouverte. Sachant qu'elle est au rez-de-chaussée, elle est proche des sorties, que c'est dangereux. Ils ont un extérieur à eux, donc ils peuvent aller dehors.

Comme je l'ai dit, ils peuvent circuler en dehors de l'unité pour des activités, où on les emmène, on les sort de l'unité, avec des soignants, avec leur famille, il n'y a pas de souci là-dessus. Après, si jamais on voit un résident sortir en tant qu'une famille, on ne va pas le laisser derrière la porte et fermer la porte devant lui, on va le faire venir avec nous et il va faire un petit tour, juste on va rester à côté de lui pour après l'inviter à revenir, mais par contre, on ne va pas fermer la porte devant lui en disant non, non, vous ne pouvez pas sortir, ce n'est pas possible. Donc, dans le sens où si jamais ils voient qu'ils sont derrière la porte et qu'ils ne peuvent pas sortir, là, ça risque d'être plus compliqué pour eux, donc on les invite à sortir et après, tout doucement, essayer de les faire rentrer dans l'unité protégée, mais par contre, si on ouvre la porte et qu'il n'y a personne à ce moment-là derrière la porte, il n'y a pas vraiment ce souci.

Moi: Ok, et vous pensez du coup, en parlant d'espaces qui sont dédiés à ces unités-là, vous pensez du coup, en modifiant un peu l'architecture des établissements, on peut favoriser l'autonomie de ces personnes, par exemple, qui sont à l'unité protégée ?

Me Z: Après, je pense qu'on peut aussi favoriser leur autonomie, là, comment l'architecture est faite. Franchement, dans l'établissement, je ne vois pas comment on pourrait faire mieux que ce qui est fait aujourd'hui. Après, c'est sûr que, oui, je sais qu'il y a des espaces où ils sont 100% ouverts, où il n'y a pas... ce coin là, il ne s'est pas fermé et c'est très bien si jamais on y arrive et qu'on peut avoir cette possibilité, mais en termes, comme vous dites, de sécurité, ce n'est pas possible de faire mieux, je pense, à ce niveau-là aujourd'hui.

Moi: Aujourd'hui, concrètement, qu'est-ce qui vous empêcherait de faire cela, d'avoir des personnes qui sont là et qui surveillent les résidents aussi bien de l'UP que de l'unité classique ? Qu'est-ce qui bloque aujourd'hui ? Manquer de personnel ?

Me Z: Oui, c'est sûr qu'il faudrait plus de personnel, parce que l'unité protégée est au rez-de-chaussée, les unités classiques sont au premier étage et au deuxième étage, donc à part l'unité protégée et tout ce qui est commun, donc salle d'animation, les bureaux administratifs, etc., il n'y a pas d'autres unités au rez-de-chaussée, donc si jamais on a deux soignants dans l'unité protégée et qu'il y en a un qui doit s'occuper de tous les autres et un qui doit essayer de regarder, si à droite à gauche on n'a pas vu quelqu'un d'autre partir, c'est sûr qu'on aurait des personnes qui sortiraient de l'établissement et on ne les aurait pas vues sortir. Je pense que ça, au niveau de la configuration de l'établissement, c'est sûr qu'il n'y a pas assez de soignants dans l'unité pour pouvoir la laisser ouverte.

Moi: Au niveau réglementaire, est-ce que vous pensez que s'il y a des travaux qui sont menés au niveau des lois, d'aménager un peu les lois, de les peaufiner à ce type d'établissement-là et au type de résidents aussi qu'on a très souvent, est-ce que vous pensez qu'il peut y avoir une solution dans ce sens-là ?

Me Z: Après ça, si on trouve la solution dans ces cas-là et qu'il y a une loi ou une réglementation, on y appliquera la loi et la réglementation en fonction de ce qui est mis en place et en fonction des moyens qu'on nous donne pour le faire.

Si on trouve des solutions, nous on est preneurs, il n'y a pas de soucis là-dessus.

Me Z: D'accord, parce qu'on arrive bientôt à la fin de mes questions, est-ce que vous avez des points sur lesquels vous souhaitez ajouter des choses ou approfondir ?

Me Z: Non, après je sais que nous, dans l'unité protégée, on a un train thérapeutique qui est installé dans l'unité protégée et c'est vrai que c'est un train virtuel, donc ce n'est pas un vrai train, les résidents ne partent pas vraiment en voyage, mais en tout cas pour cette question de liberté d'aller et de venir, c'est vrai que des fois, rien que le fait d'aller faire un petit tour dans le train et de voir un autre paysage, ça ne leur donne pas forcément envie d'aller ailleurs et donc c'est une solution qui est aussi là, c'est sûr qu'ils sont toujours dans l'établissement, toujours au même endroit, toujours dans l'unité protégée, mais le fait d'avoir ce train-là qui peut les faire voyager dans l'unité protégée, ça peut aider, c'est une solution qui nous en tout cas est facilitante dans l'unité protégée.

Moi: Quand vous dites train, c'est quoi en fait le train-là ?

Me Z: il faut le voir pour vraiment comprendre, on rentre dans une cabine de train, donc il y a une porte et on rentre dans un espèce de train où il y a 4 sièges, 4 vrais sièges de train et un écran qui défile avec différents paysages.

Moi: Au niveau des fenêtres ?

Me Z: Oui, c'est une fenêtre, c'est une fenêtre et dans la fenêtre, il y a les rideaux de la fenêtre, et dans la fenêtre, on voit le paysage, on peut choisir un lac, on peut choisir l'Italie, on peut choisir d'aller au zoo, et donc ça envoie différents paysages à travers le train et les résidents sont vraiment installés dans une cabine, donc ils ont l'impression d'être dans un vrai train et ça peut vraiment leur permettre de voyager tout en restant dans l'unité protégée.

Moi: C'est bien ça, moi je n'ai jamais vu ça.

Me Z: Non, il n'y en a pas beaucoup.

Moi: C'est peut-être dû au coût ? Ça coûte très cher ça ou pas ?

Me Z: Oui, mais c'était financé par un appel à projets.

Moi: D'accord, d'accord. En tout cas, on arrive à la fin de mes questions. Merci beaucoup pour le temps que vous m'avez accordé pour discuter de ce sujet-là et de la richesse aussi de vos réponses.

Me Z: Merci à vous aussi, puis si vous avez une question, quoi que ce soit, vous me la posez par mail et j'y répondrai, il n'y a pas de souci.

Moi: Ça marche.

En tout cas, merci encore pour le témoignage que vous avez apporté et qui va me permettre aussi de peaufiner un peu ma réflexion et d'apporter aussi quelques solutions, notamment le train dont vous venez de m'expliquer.

Me Z: Oui, c'est vrai que c'est sûr que ça ne règle pas le problème de liberté d'aller et de venir, mais ça permet de faire voyager en étant dans un lieu un peu plus restreint.

Moi: Et surtout pour les personnes qui ont des troubles cognitifs, ça peut permettre de s'évader un petit moment et puis de ne pas trop avoir l'envie d'aller taper à la porte pour sortir et autre chose.

Me Z: C'est ça, c'est vraiment ça. Dès qu'on voit que le résident est un peu dissipé, qu'il a envie de bouger partout, on se dit, est-ce que vous voulez faire un tour dans le train ? Est-ce que vous voulez venir faire un tour pour voyager un petit peu ? Et souvent ils disent oui, parce qu'ils disent souvent oui, et donc ils vont dans le train voyager et c'est vrai que c'est une solution qui nous aide vachement au quotidien.

Moi: D'accord, en tout cas, merci beaucoup Mme Z pour le temps et la disponibilité. Et je vous enverrai peut-être plus tard un résumé de mon sujet de mémoire et ce sera avec grand plaisir.

Me Z: Bon bah, super alors.

Moi: Merci beaucoup, passez un très bon après-midi.

Moi: Merci encore. Merci, au revoir.

La Liberté d'Aller et de Venir des Résidents en EHPAD (Établissements d'Hébergement pour Personne Âgée Dépendante)

Les établissements d'hébergement ont de plus de plus d'obligations de sécurité envers les résidents. Cependant, une protection excessive peut rapidement empiéter sur les libertés individuelles des résidents. Ainsi notre réflexion s'intéresse à la manière dont les EHPAD (Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes) peuvent concilier la liberté fondamentale d'aller et venir des résidents avec les exigences de sécurité propres à ces structures. À travers une approche croisant analyse juridique, réflexion éthique et enquête de terrain (entretiens de professionnels et questionnaire), ce travail met en évidence les tensions, les dilemmes et les pratiques existantes sur le terrain. Il démontre que, malgré un cadre légal protecteur, la mise en œuvre de cette liberté reste confrontée à des contraintes organisationnelles, matérielles et humaines. Des pistes d'amélioration sont proposées, telles que la personnalisation de l'accompagnement, l'aménagement d'espaces sécurisés, l'usage raisonné des technologies, et une meilleure implication des familles et des professionnels. Ce mémoire invite à repenser les pratiques pour préserver la dignité et l'autonomie des personnes âgées, sans négliger leur protection.

Mots clés: EHPAD, Liberté d'aller et de venir, Sécurité, Protection, Concilier, Éthique, Dignité, Autonomie

Residential care facilities have increasingly stringent safety obligations towards their residents. However, excessive protection can quickly infringe upon residents' individual freedoms. So our reflection explores how French nursing homes (EHPAD) can balance the fundamental right of residents to move freely with the institutions' responsibility to ensure safety.. Combining legal analysis, ethical reflection and fieldwork (interviews with professionals and a targeted questionnaire), the study highlights the tensions and dilemmas encountered in practice. Although the law guarantees this freedom, its implementation is often constrained by practical, human and organizational factors. The research proposes several ways to improve current practices, including personalized care plans, secure outdoor and indoor spaces, appropriate use of technology, and stronger involvement of families and staff. This thesis calls for renewed practices that respect residents' autonomy and dignity, while safeguarding their well-being.

Key words: Freedom of movement, Safety, Protection, To reconcile, Ethics, Dignity, Autonomy