de la loi du 3/1/1968 des
« incapables majeurs »
à celle du 5/3/2007 des
« majeurs protégés » modifiée le 16/2/2015

Quelques repères historiques depuis le code civil :

- ***Avant 1968, le législateur cherchait à protéger la société des personnes dites « marginales »***

Avec la loi du 3 janvier 1968, le législateur a cherché à protéger ces personnes de la société en raison de leur vulnérabilité

La réforme de mars 2007 place la personne au centre du dispositif et passe d'un système d'incapacité à celui d'une protection.

La consécration législative de la protection de la personne :

-**Consécration législative par la loi du 5 mars 2007**

- **sauf mention expresse contraire, la décision d'ouverture d'une mesure de protection portera à *la fois* sur la protection des *biens* et sur la protection *de la personne***

Les incidences pour les majeurs protégés :

■ La recherche du consentement de la personne protégée aux décisions la concernant :

Interrogation : **Cette liste des actes « strictement personnels » est-elle exhaustive? La jurisprudence ne l'étendra-t-elle pas?**

-Le majeur protégé choisit seul :

◊ son lieu de résidence

◊ il entretient librement des relations personnelles avec tout tiers, parents ou non

◊ il a le droit d'être visité, et hébergé avec tout tiers

N.B : **en cas de difficulté, le juge (ou le conseil de famille) statue**

- **<u>La protection du logement du majeur protégé réaffirmée et étendue :</u>**

  - **Reprise de la loi du 3 janvier 1968 : « le logement de la personne protégée et les meubles dont il est garni sont conservés à la disposition de celle-ci aussi longtemps que possible »**

  - **Innovation de la loi du 5 mars 2007 : s'applique tant à une résidence principale qu'à une résidence secondaire**

  - **Reprise de la loi du 3 janvier 1968 : ◊ possibilité de conventions de jouissance précaire qui doivent cesser au retour du majeur protégé**

    ◊ s'il est nécessaire ou de l'intérêt du majeur de disposer des droits relatifs au logement ou aux meubles par l'aliénation, de résilier ou conclure un bail, l'acte doit être autorisé par le juge des tutelles

  - **CNRD 25 euros !!!!**

- **La protection du logement du majeur protégé réaffirmée et étendue :**

  - **Innovation de la loi du 5 mars 2007 : pour la cession des droits relatifs au logement ou meubles par aliénation, résiliation ou conclusion d'un bail, l'avis du médecin agréé est requis (et non plus le médecin traitant) dès lors que l'acte a pour finalité l'accueil du majeur dans un établissement (plus restrictif que la loi de 1968)**

  - **Reprise de la loi du 3 janvier 1968 : les souvenirs, les objets à caractère personnel sont gardés à la disposition du majeur, le cas échéant par les soins de l'établissement dans lequel celui-ci est hébergé**

  - **Innovation de la loi du 5 mars 2007 : sont ajoutés aux souvenirs et objets personnels devant être laissés à disposition les objets indispensables aux personnes handicapées ou ceux destinés aux soins des personnes malades**

Quoi de neuf?

- Proposer des formations/rencontres interprofessionnelles juge Greffier psyc médecins etc..
- Promouvoir **une formation commune(DU) fait 2014/2015** pour les médecins inscrits en vue de
- Création en 2014 d'un observatoire des mesures de protections IDF.

Derniers apports de la loi de modernisation et de simplification du droit

La loi du 16 février 2015 *(1)* est venue modifier les dispositions relatives à la **durée de la mesure**.

Si jusqu'à maintenant celle ci ne pouvait être prononcée que pour une **durée maximale de 5 ans** (renouvelable), il est désormais prévu que lorsque le médecin constate que l'altération des facultés mentales du majeur protégé n'apparaissent manifestement pas susceptibles de s'améliorer, la durée puisse être fixée à **10 ans** *(9)*.

En outre, toujours lorsque l'état de santé physique et/ou mentale de l'intéressé n'est manifestement pas susceptible de connaitre une évolution positive, le juge peut au terme de la première période **renouveler la mesure**, pour une durée plus longue fixée désormais à **20 ans maximum** (10).

Pour le CNRD un MG peut le faire (25 euros) s'il ne traville pas dans l'EHPAD où le patient doit être accueillit

Enfin, désormais, c'est le **tuteur** seul qui arrête le **budget de la tutelle**, et non le juge des tutelles sur proposition du tuteur, comme auparavant.

Du regard clinique au regard éthique

La perlaboration (Freud) de la rencontre :

suspens éthique du regard clinique:
Désobjectivation du regard, suspension des catégories, epokhè (suspension du jugement)

Qu'est ce que la Rencontre ? :
déstabilisation des postures ; résonance sympathique :
« Dans la sympathie vraie, le soi, dont la puissance d'agir est au départ plus grande que celle de son autre, se retrouve affecté par tout ce que l'autre souffrant lui offre en retour. Car il procède de l'autre souffrant un donner qui n'est précisément plus puisé dans sa puissance d'agir et d'exister, mais dans sa faiblesse même. C'est peut-être là l'épreuve suprême de la sollicitude, que l'inégalité de puissance vienne à être compensée par une authentique réciprocité dans l'échange, laquelle, à l'heure de l'agonie, se réfugie dans le murmure partagé des voix ou l'étreinte débile de mains qui se serrent. **», Paul RICOEUR, Soi-même comme un autre**, Seuil 1990, p.233

Le vulnérabilité et la fragilité conduisent-elle à une perte de dignité?

QU'EST CE QUE LA DIGNITÉ ?

La dignité : un mot dont le sens évolue dans notre monde contemporain

Tous ne lui accordent pas le même sens et pourtant c'est l'essence de l'homme!

Eric FIAT Petit Traité de dignité Poche 2012

CORPS ET ÂME

Ou: qu'un peu d'incarnation, ça peut pas faire de mal…

Éric Fiat

éditions ceci fede faut

fondateurs	(traduction française in [27])		
Quand, où ?	1947, Etats-Unis	1964, Finlande (dernière révision de 2000)	1978, Etats-Unis
Qui ?	Juges du Tribunal militaire américain de Nuremberg	Association médicale mondiale (AMM)	Commission nationale américaine pour la protection des sujets humains dans la recherche biomédicale et comportementale
Pourquoi ? Précisions	• Expériences des médecins nazis sur des prisonniers en camp de concentration • Trois officiels nazis et vingt médecins impliqués, dont : – Heinrich Himmler : mécène et directeur de la médecine nazie, parfois surnommé «le meurtrier du Siècle». Met en œuvre la solution finale – Josef Mengele : tortures, sévices corporels lors d'expériences médicales absurdes et inhumaines entraînant souvent la mort, à Auschwitz – Aribert Heim : vivisection humaine sur les détenus de Mauthausen	• Fait suite aux atrocités de la Seconde Guerre mondiale • AMM : association internationale de médecins (fondée en 1947 à Paris) dont le but humanitaire est de mettre en place les normes les plus rigoureuses dans le domaine de la médecine, l'éthique et l'enseignement médical	• Création le 12 juillet 1974 du National research act (Loi publique 93348 sur la recherche) • Tuskegee : expériences sur la syphilis (1932-1972, Etats-Unis) : ouvriers agricoles noirs et pauvres, non traités par les médecins (diagnostic donné : «mauvais sang») pour observer l'évolution de la maladie, et ce même après l'efficacité avérée du traitement à la pénicilline. L'expérience cesse en 1972, lorsque le Washington Star [28] révèle l'affaire. N'a jamais donné de résultats concluants • Willowbrook : étude sur l'hépatite (1950-1960, Etas-Unis) : virus délibérément inoculé à des enfants placés en établissements psychiatriques. Selon le formulaire de consentement signé par les parents, est administré un vaccin et non le virus. Justification d'alors : ces enfants seraient infectés de toute manière ; en participant à l'étude, ils seraient mieux soignés.
Principes généraux	• Bienfaisance : rapport risque/bénéfice favorable • Respect du sujet de recherche : consentement volontaire, capacité de consentir, possibilité de quitter l'essai • Justice : utilité pour la société	• Bienfaisance : rapport risque/bénéfice favorable • Respect du sujet de recherche : consentement informé • Justice : distinction entre recherche thérapeutique ou non • Responsabilité : pas uniquement au chercheur, avis extérieur nécessaire (comité d'éthique)	• Bienfaisance : rapport risque/bénéfice favorable (distinction entre risques «minimes» et risques «plus que minimes») • Respect du sujet de recherche : consentement éclairé • Justice : sélection équitable des sujets
Forme	Dix principes fondamentaux	Loi consensuelle, nombreux paragraphes	Paragraphes agencés en trois catégories éthiques et applications

Quelles sont les restrictions à la liberté d'aller et venir?

- Excepté les hospitalisations psychiatriques sans consentement (Loi du 5 Juillet 2011) en gériatrie,

- **IL N'Y A PAS de BASE LEGALE** à la restriction de la liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux.
- **MAIS**: la conférence de consensus de 2004 => 3 raisons de légitimer une limitation qui doivent être justifiées, précisées et connues:

1-la sécurité , la protection des personnes ou des tiers.

2-des raisons médicales ou paramédicales si elles sont expliquées et acceptées par la personne.

3- des contraintes de soins ou d'organisations interne.

Toute restriction ne peut s'envisager que si le bénéfice >aux risques induits

Quelles sont les restrictions à la liberté d'aller et venir?

- Excepté les hospitalisations psychiatriques sans consentement (Loi du 5 Juillet 2011) en gériatrie,

- **IL N'Y A PAS de BASE LEGALE** à la restriction de la liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux.
- **MAIS**: la conférence de consensus de 2004 => 3 raisons de légitimer une limitation qui doivent être justifiées, précisées et connues:

1-la sécurité , la protection des personnes ou des tiers.

2-des raisons médicales ou paramédicales si elles sont expliquées et acceptées par la personne.

3- des contraintes de soins ou d'organisations interne.

Toute restriction ne peut s'envisager que si le bénéfice >aux risques induits

Risques contention en gériatrie

apparition ou aggravation d'une confusion ou d'une agitation ;

syndrome d'immobilisation (contractures, troubles trophiques, escarres, fausses routes,

incontinence sphinctérienne, déconditionnement musculaire et sarcopénie, perte d'appétit…) ;

- **perte d'autonomie** et augmentation de la durée d'hospitalisation et de la mortalité.
- **Mortalité**
- Des décès par strangulation, par asphyxie ou résultant de traumatismes liés à la contention sont rapportés.
- Malgré le manque de données épidémiologiques précises, ces événements sont estimés responsables de 1/1 000 décès en institution pour personnes âgées .
- Parmi ces décès dus aux contentions physiques, 78 % des personnes décédées ont plus de 70 ans.
- 85 % des décès surviennent en institution pour personnes âgées invalides,
- 58 % lors du maintien au fauteuil,
- 42 % lors de la contention au lit

programme d'amélioration continue de la sécurité et de la qualité des soins

- **Critère 1 : une politique de l'établissement ou du service concernant l'usage de la**
- contention physique est traduite dans un document accessible aux soignants,
- aux patients/résidants et à leurs proches.
- **Critère 2 : le taux d'utilisation de la contention est mesuré, enregistré et analysé.**
- **Critère 3 : le recueil et l'analyse des incidents et accidents liés à la contention donnent**
- lieu à des plans d'action préventifs.
- **Critère 4 : des actions d'information sur les dangers de la contention sont réalisées**
- auprès des équipes soignantes.
- **Critère 5 : des actions de formation sur l'usage approprié de la contention sont réalisées**
- auprès des équipes soignantes.
- **Critère 6 : des actions de formation sur les différents outils d'évaluation de l'état de santé**
- des personnes âgées sont réalisées auprès des équipes soignantes.
- **Critère 7 : des formations sur les alternatives à la contention sont réalisées auprès des**
- équipes soignantes.
- **Critère 8 : l'utilisation d'alternatives à la contention est encouragée et facilitée.**
- L'évaluation de ces méthodes est organisée.
- **Critère 9 : dans les cas de reconduction de la mesure de contention sans issue** satisfaisante pour la personne âgée, l'établissement est en mesure de prévoir le recours à un professionnel présentant une expertise sur le thème de la contention (médecin, infirmier, psychologue) dans le but d'aider les équipes à clarifier les avantages et inconvénients de la contention et à trouver des alternatives.

Du consentement dans la maladie d'Alzheimer

Le consentement aux soins, à l'entrée en institution, semble être une notion forte, claire, transparente et contractuelle qui est réaffirmée dans les grands principes législatifs, depuis le code de Nuremberg en 1947 jusqu'à la loi 2015 d'adaptation de la société au vieillissement. Consentir, c'est s'en remettre à une décision volontaire, argumentée, adoptée en toute conscience à la suite d'un temps de délibération. Mais quand la vulnérabilité s'installe, quand la démence « s'emmêle », que faut-il faire ?

L'art d'être à l'autre nous pousse à la créativité relationnelle, et le dessin de la maison et de la maison de retraite idéale nous ouvre la porte de la quête de l'ethos, du chez-soi. Rechercher à tout prix le consentement libre et éclairé à l'entrée en institution chez les patients Alzheimer, n'est-ce pas aussi les considérer comme des êtres humains capables d'autonomie, de choix et de discernement ? Ne serait-ce pas également la question du comment qui devrait nous guider ?

La vigilance éthique nous conduit à éviter quelques écueils : consentir à leur place, ne pas poser la question, se contenter d'une parodie de consentement sur un formulaire d'admission. Si consentir veut bien dire « sentir ensemble », alors donnons-nous le temps de le faire.

Le docteur Véronique Lefebvre des Noettes, pédopsychiatre de formation, puis psychiatre adulte et gériatre, est praticien hospitalier depuis trente ans dans un grand hôpital de gériatrie de la région parisienne. Elle est également inscrite auprès du tribunal de grande instance de Créteil, enseignante, membre du conseil scientifique de l'Espace éthique régional d'Île de France et membre du conseil scientifique de l'Espace national de réflexion éthique sur les maladies neurodégénératives et la maladie d'Alzheimer. Elle a obtenu la mention spéciale Éthique et Recherche du Prix Pierre Simon en 2014.

Retrouvez l'auteur sur son site Internet :
http://veronique-lefebvre-des-noettes.connaissances-savoirs.com

15,50 €

ISBN
9 000

CS

Du consentement dans la maladie d'Alzheimer — Véronique Lefebvre des Noettes

Connaissances et Savoirs

Véronique Lefebvre des Noette

Du consentement dans la maladie d'Alzheimer

Dessiner pour penser l'institutionnalisation

Sciences humaines et sociales
Philosophie

CS

Collection Philosophie, Éthique et Sant