

La loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (dite « ASV ») a ajouté un nouveau droit fondamental que les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) se doivent d'assurer aux personnes qu'elles accompagnent : la liberté d'aller et venir. Désormais, l'article L. 311-3 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) énonce : « l'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux, [...] lui sont assurés : 1° Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité, de sa sécurité et de son droit à aller et venir librement. » Cette reconnaissance formelle est le fruit d'une longue évolution qui aboutit à la publication d'un décret le 16 décembre 2016. Ce décret vise à encadrer les atteintes à la liberté d'aller et venir dans les établissements accueillant des personnes âgées.

La liberté d'aller et venir dans les ESSMS : un droit fondamental pour les personnes accompagnées

par **Dominique DUBOIS**,

Conseillère technique du CREAI Bourgogne-Franche-Comté, Juriste

La liberté d'aller et venir, c'est la liberté pour tout individu de se déplacer et de s'établir, sans contrainte et sans autorisation de la puissance publique. C'est une liberté fondamentale, reconnue tant par le droit interne que par les textes internationaux, qui connaît cependant des restrictions, car elle doit être conciliée avec d'autres impératifs, non seulement liés à la préservation de l'ordre public, mais également du fait de contraintes liées à la sécurité des personnes.

Elle est devenue un principe à valeur constitutionnelle en 1979, rattachée à l'article 66 de la Constitution et à la liberté individuelle¹, ainsi qu'aux articles 2 et 4 de la déclaration des droits de l'Homme et du citoyen, c'est-à-dire, à la liberté personnelle. La Convention européenne de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales consacre également la liberté de circulation de manière absolue et inconditionnelle pour les nationaux².

Pour l'Etat, qui doit assurer l'ordre public, des limites sont inhérentes à la liberté d'aller et venir, en particulier « la prévention d'atteintes à l'ordre public, notamment d'atteintes à la sécurité des personnes et des biens. »³ Il appartient donc au législateur d'assurer la conciliation entre ces objectifs de valeur constitutionnelle et l'exercice de libertés publiques elles-mêmes constitutionnellement garanties et au nombre desquelles figurent la liberté individuelle, la liberté d'aller et venir et l'inviolabilité du domicile⁴. L'essentiel de ces atteintes ont trait, soit à la sécurité publique (police de la circulation, fouilles des véhicules, placement sous surveillance électronique mobile comme modalité d'exécution des peines...), soit au contrôle des entrées et des sorties des étrangers du territoire national.

Le contrôle des atteintes à la liberté d'aller et venir repose sur un partage de compétences entre juridictions judiciaires et administratives. Au juge judiciaire, gardien des libertés individuelles, les contrôles dans le cadre de la commission d'une infraction ou d'atteinte grave à la liberté d'aller et venir. Au juge administratif, le contrôle de la légalité des réglementations de police (par exemple des

¹ Conseil Constitutionnel, 12 juillet 1979, décision n° 79-107 DC

² Articles 2 et 3 du protocole n° 4 à la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales

³ Conseil Constitutionnel, 18 janvier 1995, décision n° 95-352 DC

⁴ Conseil Constitutionnel, 25 mars 2014, décision n° 2014-693 DC

arrêtés municipaux). Dans les deux cas, les magistrats procèdent à un contrôle de proportionnalité entre la nécessité de l'atteinte et la gravité du trouble à l'ordre public, entre les moyens employés, la mesure prise et la finalité poursuivie.

En dehors des restrictions justifiées par de possibles atteintes à l'ordre public, on relève également des atteintes à la liberté d'aller et venir dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux. Alors que le législateur est très attentif aux atteintes à ce droit fondamental, peu de textes régissaient la question. Des recommandations de bonnes pratiques ont été formulées pour limiter les atteintes à cette liberté dans le secteur social et médico-social, mais elles n'ont pas de valeur normative (1§). Le décret du 15 décembre 2016, entré en vigueur le 1^{er} avril 2017⁵, est venu poser des règles pour les établissements et les services qui accompagnent des personnes âgées (2§).

1§ - LES ATTEINTES A LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR DANS LES ESSMS, CAS GENERAL

L'accompagnement de personnes en situation de vulnérabilité peut faire peser sur les professionnels une peur de mise en danger d'autrui ou une crainte d'imputation de responsabilité en cas d'atteinte à la sécurité des personnes. Depuis la loi dite « ASV » du 28 décembre 2015, la liberté d'aller et venir est l'un des droits fondamentaux que l'ensemble des ESSMS se doivent d'assurer à l'égard des personnes qu'ils accompagnent (CASF, art. L. 311-3 1^o). Dès 2003, l'article 8 de la charte des droits et libertés de la personne accueillie⁶ a garanti le droit à l'autonomie des personnes et notamment la possibilité de circuler librement. Il s'agit donc pour les établissements de concilier liberté d'aller et venir et respect de l'intégrité physique et de la sécurité des personnes accompagnées.

En 2004, une conférence de consensus organisée par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) sur « la liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux et obligations de soins et de sécurité »⁷ proposait des recommandations de bonnes pratiques professionnelles, posant des repères sur cette question délicate. Elle rappelait en préambule que : « *La liberté d'aller et venir d'une personne (...) accueillie dans un établissement médico-social ne doit pas être entendue seulement comme la liberté de ses déplacements à l'intérieur de l'établissement, mais aussi comme la possibilité pour elle de mener une vie ordinaire au sein de l'établissement qu'elle a elle-même choisi. Cette liberté s'interprète de manière extensive et prend appui sur les notions d'autonomie, de vie privée et de dignité de la personne. L'autonomie représente l'autodétermination d'une personne, le droit de prendre elle-même ses décisions. Respecter l'autonomie individuelle signifie respecter la personnalité et la dignité de chaque personne. (...) La liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux est un droit inaliénable [...]. Toutefois cette liberté peut être exceptionnellement limitée dans des conditions strictement définies pour des raisons médicales. Il faut réussir à concilier deux principes apparemment opposés, la liberté et la sécurité, ceci au cas par cas, en prenant en compte d'abord la situation de la personne et non ses pathologies et en s'attachant à apporter une réponse adaptée à sa vulnérabilité éventuelle.* »

⁵ Décret n° 2016-1743 du 15 décembre 2016 relatif à l'annexe au contrat de séjour dans les établissements d'hébergement sociaux et médico-sociaux pour personnes âgées

⁶ 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 – Annexe, article 8 : « 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.[...] »

⁷ https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Liberte_aller_venir_court.pdf

Selon les experts de la conférence de consensus, les raisons invoquées pour justifier des restrictions à la liberté d'aller et venir peuvent être de plusieurs ordres. Elles peuvent tenir à :

- Des contraintes territoriales (il n'existe pas d'établissement adapté aux besoins de la personne à proximité de son lieu de vie)
- Des contraintes architecturales (les locaux ne répondent pas aux exigences en matière d'accessibilité et/ou d'inclusion sociale)
- Des contraintes organisationnelles (horaires de soins, horaires des repas...)
- Des raisons sécuritaires (protection de la personne contre elle-même et contre autrui, sécurité des lieux...)
- Des raisons médicales (désorientations dans le temps ou dans l'espace...)
- Ou des raisons financières (insuffisance des ressources empêchant de se rendre à l'extérieur de l'établissement...).

Suite à ces constats, une réflexion avait été menée pour savoir comment étaient appréciées les raisons justifiant les restrictions aux libertés (évaluation des capacités), dans quelles conditions devaient être appliquées les restrictions à la liberté d'aller et venir (contrôles des allées et venues, recours à la médication ou à la contention,...), comment concilier atteintes à la liberté d'aller et venir et respect de la vie privée et quelles sont les attentes des usagers et de leurs familles sur ces questions.

Ces recommandations, issues de constats partagés et empreintes d'analyses fines, n'en demeuraient pas moins de simples préconisations. On rappellera, à cette occasion, que les nombreuses recommandations de bonnes pratiques professionnelles qui sont publiées depuis quelques années n'ont pas de valeur normative ou impérative⁸. En effet, si « *ces recommandations présentent par leur contenu et leur mode d'élaboration, un degré de formalisation et de structuration qui les apparentent aux règles de droit [et] si elles constituent des instruments qui ont pour objet de modifier ou d'orienter les comportements de leurs destinataires, elles ne créent pas par elles-mêmes des droits ou des obligations pour leurs destinataires*⁹ ».

Comme il n'y avait aucune base légale à la restriction d'aller et venir dans les ESSMS, il était possible de s'appuyer, pour établir des règles de conduite des équipes, sur les réflexions dégagées par la conférence de consensus de 2004, notamment sur les éléments structurants de bonnes pratiques conciliant respect de la vie privée et restrictions à la liberté d'aller et venir (cf. tableau infra).

⁸ En 2011 puis en 2014, le Conseil d'Etat a prononcé l'annulation d'une recommandation de l'HAS (CE, 27 avril 2011, FORMINDEP, déc. n° 334396) puis d'une recommandation de bonnes pratiques ANESM / HAS du 8 mars 2012 (CE, 23 décembre 2014, déc. n° 362053) reconnaissant ainsi qu'il s'agit de décisions faisant grief. Cependant, cela ne change pas leur statut juridique : ces recommandations reflètent l'état des connaissances à un moment donné et servent à éclairer les professionnels du secteur social et médico-social et à procéder à l'évaluation des activités des établissements et services. Elles sont classées dans la catégorie du droit souple, « *bénéficiant sous diverses formes d'une reconnaissance par le droit dur (susceptible de recours et susceptible d'être pris en compte par le juge), n'allant pas jusqu'à leur conférer une portée obligatoire.* » (CE, « Etude annuelle 2013 – Le droit souple »)

⁹ DGAS « Note pour les membres du comité d'orientation stratégique (COS) de l'ANESM », 3 juin 2015

Éléments d'organisation et de questionnement permettant une décision pertinente

Composante du processus de décision (*)	Modalités	Dérives / problèmes
1. Collégialité	Multiprofessionnalisme, participation des représentants d'usagers	Interférences liées à un lien hiérarchique ou au rapport entre les personnes
2. Recherche préalable des alternatives possibles à une mesure de restriction	Arbre de décision	Ne pas respecter un délai minimal de mise en place de ces alternatives et de leur évaluation
3. Proportionnalité	Balance avantages/inconvénients Equivalence entre l'acte et l'état de la personne	Surestimer la gravité de la situation et appliquer des mesures induisant une souffrance inutile
4. Adaptabilité (variation dans le temps et dans l'espace)	Intégrer la variabilité de l'état de santé par anticipation	Ignorer la variation ou pratiquer une modularité insuffisante
5. Protocole	Définition d'un cadre à l'intervention : schéma à suivre et attitudes à prescrire	Protocole incomplet ou non validé
6. Suivi de la personne	Référent formé (propice au dialogue, à l'épanouissement)	Référent non accepté par l'utilisateur
7. Révision périodique	Adaptée (durée) suivant l'état de santé Obligatoire Fixée <i>a priori</i> avec modulation possible	Systematisée sans bonne analyse ou périodicité trop longue

(*) A chacune de ces étapes, la recherche du consentement s'impose

Extrait de : *Conférence de consensus « Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux et obligations de soins et de sécurité », 2004*

2§ - LES ATTEINTES A LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR : LE CAS PARTICULIER DES ETABLISSEMENTS ET SERVICES ACCOMPAGNANT DES PERSONNES AGEES

Afin de garantir la sécurité des personnes accueillies en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), les dispositifs de protection se sont multipliés ces dernières années (type bracelet permettant la géolocalisation), à l'origine pour les personnes atteintes de maladies d'Alzheimer ou apparentées. En l'absence de réglementation en la matière, des autorités indépendantes ont élaboré des recommandations afin que les atteintes à la liberté d'aller et venir soient limitées (1°). Depuis, un décret de 2016 a posé des règles claires, afin de réussir à concilier sécurité des résidents d'EHPAD et soutien de l'exercice de la liberté d'aller et venir (2°).

1° - Veiller à ce que la protection de la personne ne prenne pas le pas sur le respect de ses droits

❖ Le point de vue de la commission nationale informatique et libertés (CNIL)

Dès 2008, le président de la CNIL estimait que les bracelets électroniques pour personnes désorientées constituait « *en matière de liberté individuelle, l'une des évolutions les plus dangereuses de nos sociétés, en raison du double traçage dans le temps et dans l'espace* » qu'elle permet¹⁰.

¹⁰ Alex Türk, président de la CNIL, La Croix, 21 août 2008

En 2010, la CNIL lançait une enquête afin de constater en pratique comment ces dispositifs étaient utilisés. Il en est ressorti que si l'utilisation de ces bracelets pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés pouvait se justifier, les investigations menées laissaient apparaître d'autres dangers¹¹. Dans certains établissements, tous les résidents se voyaient systématiquement attribuer ce type de bracelet-montre, sans prescription médicale (à l'exception des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer), alors que ces bracelets permettent également de collecter des données relatives aux mouvements corporels des résidents (fonction « monitoring »). Autre pratique contestable dénoncée par la CNIL, ces bracelets peuvent également être utilisés pour surveiller et contrôler le personnel pouvant aller jusqu'à fonder une sanction disciplinaire. Enfin, l'enquête faisait apparaître que le plus souvent, ni les résidents, ni leurs familles, ni les salariés n'étaient informés de leurs droits quant à ces dispositifs.

En 2013, la CNIL a publié des recommandations relatives à l'utilisation des systèmes de suivi des personnes désorientées. Elle reconnaît que ces « dispositifs sont des outils de suivi, de prévention et d'assistance efficaces, susceptibles de favoriser l'autonomie des personnes, leur maintien à domicile et leur liberté d'aller et venir. Pour autant, ils ne doivent pas porter une atteinte excessive aux droits et libertés des personnes, en particulier leur dignité. De plus, [...] ces instruments ne peuvent pas se substituer à l'intervention humaine. Les parents, les aidants et les professionnels des équipes de soins doivent rester les premiers acteurs de la sécurité des personnes concernées. En outre, l'efficacité de ces dispositifs requiert la présence de personnes qui seront en mesure de réagir en cas d'alerte. A défaut, la protection technique mise en œuvre de manière renforcée pourrait s'avérer contre-productive, en créant l'illusion d'une protection. »¹²

La CNIL propose donc des conseils pratiques pour encadrer ces dispositifs :

- Recueillir l'accord de la personne concernée (a minima l'informer de la mise en place du dispositif) et celui de ses représentants légaux ou de ses proches ;
- Pouvoir désactiver et réactiver aisément ces dispositifs, à tout moment, par les personnes concernées, lorsque celles-ci sont en capacité de le faire ;
- Privilégier les dispositifs qui laissent à la personne concernée l'initiative de la demande d'assistance ;
- Formaliser la procédure de gestion des alertes dans un protocole destiné à promouvoir le bon usage et l'efficacité du système ;
- Lorsque des caméras sont utilisées, elles ne doivent pas être placées dans des lieux où le respect de l'intimité s'impose (toilettes, ...).
- Mettre en œuvre des dispositifs reposant sur une logique de prévention individuelle du risque, non sur une logique de précaution générale ;
- Effectuer un contrôle de pertinence s'appuyant sur un avis médical pris après une évaluation collégiale et pluridisciplinaire menées par l'équipe qui suit la personne et régulièrement réévaluée.

❖ Le point de vue du contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL)

En 2013, le contrôleur général des lieux de privation de liberté avait proposé d'élargir sa compétence aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)¹³. Il relançait alors le débat sur l'équilibre entre sécurité et liberté dans les EHPAD, alors que plusieurs cas de décès de personnes âgées ayant échappé à la vigilance des professionnels étaient révélés.

¹¹ Enquête de la CNIL sur les bracelets électroniques pour personnes désorientées, juin 2010

¹² CNIL, « Recommandations relatives à l'utilisation des systèmes de suivi et d'assistance électronique des personnes âgées ou désorientées », juillet 2013

¹³ CGLPL, « Rapport d'activité 2012 », Dalloz, 2013

Pour Jean-Marie DELARUE, il y avait des risques d'atteintes aux droits fondamentaux de ces personnes vulnérables. Selon lui, le risque pour les établissements de voir leur responsabilité mise en cause, les poussent à multiplier les « verrous de sécurité » : unités Alzheimer fermées, digicodes, portillons qui réagissent à des puces placées dans les vêtements, bracelets électroniques de géolocalisation... L'usage de ces nouvelles technologies ne doit pas non plus servir à palier des manques en termes de personnel. Il devenait donc indispensable de poser des repères communs qui permettraient à chaque établissement de trouver un équilibre entre la nécessité de préserver la mobilité des personnes et celle d'éviter qu'elles ne se perdent ou perturbent les autres résidents. Si cette demande d'élargissement de ces compétences ne fut pas suivie par le Gouvernement, elle fut reprise à son compte par la nouvelle CGLPL, Adeline HAZAN, nommée en 2014. Elle explique notamment que « *dans notre société où la part des personnes âgées en institution s'accroît considérablement, il importe que les pouvoirs publics prennent davantage conscience du sujet des droits fondamentaux des personnes âgées dépendantes et des atteintes qui peuvent y être portées. [...] dans une exigence accrue du bien-être des personnes âgées, dont la nécessaire sauvegarde a pu faire oublier les droits.* »¹⁴

2° - Le décret du 15 décembre 2016 : assurer l'intégrité physique et la sécurité du résident et soutenir l'exercice de sa liberté d'aller et venir

Un texte réglementaire est venu reprendre nombre de ces recommandations, notamment celles formulées par la CNIL. Les pouvoirs publics montrent que, s'ils sont vigilants à la sécurité des plus vulnérables, ils n'en oublient pas le caractère essentiel de leurs droits fondamentaux, notamment le respect de la vie privée et de la liberté d'aller et venir.

❖ Encadrer les atteintes à la liberté d'aller et venir dans le secteur des personnes âgées

L'un des décrets d'application de la loi dite ASV du 28 décembre 2015 a apporté un cadre légal à la mise en œuvre de mesures visant à assurer l'intégrité physique et la sécurité du résident et soutenant l'exercice de sa liberté d'aller et venir (décret n° 2016-1743 du 15 décembre 2016 relatif à l'annexe au contrat de séjour dans les établissements d'hébergement sociaux et médico-sociaux pour personnes âgées). Le décret fait par ailleurs explicitement référence aux recommandations de l'ANAES de 2004.

La loi ASV prévoyait la possibilité d'annexer au contrat de séjour des résidents une annexe définissant les « mesures particulières à prendre pour soutenir l'exercice de la liberté d'aller et venir, dans le respect de son intégrité physique et de sa sécurité » (CASF, art. L. 311-4-1). Il s'agit de partir d'une approche bénéfiques – risques, individualisée pour chaque résident, afin que l'établissement ne prenne pas de mesures disproportionnées par rapport aux risques encourus et qu'il s'en tienne à ce qui est strictement nécessaire. La notice explicative qui sera fournie avec l'annexe au contrat de séjour rappelle les dispositions légales garantissant la liberté d'aller et venir et précise qu'elle tend à promouvoir cette liberté. Le décret précise également que cette notice vise à accompagner les professionnels et qu'elle est une base d'échanges avec le résident.

En dehors des mesures individuelles qui doivent être annexées à chaque contrat de séjour, il est possible pour l'établissement de prendre des mesures collectives relatives à l'exercice de la liberté d'aller et venir (CASF, art. R. 311-37-1). Elles doivent figurer dans le règlement de fonctionnement de l'établissement et faire l'objet d'une réévaluation régulière en équipe pluridisciplinaire afin d'apprécier leur proportionnalité par rapport aux risques encourus par les résidents.

¹⁴ CGLPL, « Rapport d'activité 2014 », Dalloz, 2015

❖ **Elaborer une annexe au contrat de séjour**

• **Evaluer les besoins de la personne et les risques encourus (CASF, art. R. 311-0-7)**

C'est un médecin coordonnateur (ou le cas échéant le médecin traitant) qui décide s'il y a lieu de joindre cette annexe au contrat de séjour. Puis, il réunit une équipe médico-sociale pour réaliser une évaluation pluridisciplinaire des risques et des bénéfices des mesures envisagées. Un examen médical doit permettre d'évaluer les capacités, les besoins et les souhaits de la personne.

Un certain nombre de facteurs sont à prendre en compte pour évaluer la situation du résident¹⁵ :

- l'état de santé et l'activité (pathologies, troubles associés, effets secondaires des médicaments...);
- la circulation à l'intérieur de l'établissement et à l'extérieur (besoins de déplacement, pénibilité physique...);
- la sécurité du résident (fragilités particulières liées à l'état de santé...);
- le respect de l'intégrité et de la dignité de la personne (prise en compte du vécu, de la sensibilité et des choix du résident);
- l'accessibilité (possibilité pour le résident de s'orienter et de se diriger facilement à l'intérieur de l'établissement et à l'extérieur, en fonction de son état de santé);
- la vie sociale et le maintien des relations avec les proches (prise en compte des habitudes de vie et des rythmes de vie du résident).

• **Les mesures particulières prises pour le résident**

L'équipe pluridisciplinaire doit recueillir les observations du résident puis, elle propose des modalités pratiques permettant d'assurer le respect effectif de la liberté d'aller et venir ainsi que sa sécurité. Puis, le directeur de l'établissement arrête le contenu de l'annexe au contrat de séjour et précise quelles mesures particulières seront prises pour le résident.

Ces mesures sont prises en s'appuyant sur les recommandations de l'ANAES¹⁶ et de l'ANESM¹⁷. Elles sont spécifiques à chaque résident et doivent promouvoir dès que possible sa liberté d'aller et venir et son autonomie. Le consentement du résident à leur mise en œuvre doit être recherché.

Ces mesures peuvent notamment concerner :

- l'entrée dans l'établissement,
- la circulation dans l'établissement (notamment l'accès aux terrasses et aux jardins),
- les sorties en dehors de l'établissement.

¹⁵ Catégories issues de la grille « d'auto-évaluation de la promotion de la bientraitance », HAS, octobre 2012

¹⁶ Conférence de consensus « Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux et obligations de soins et de sécurité », préc.

¹⁷ « L'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social », ANESM, février 2009, et « Qualité de vie en EHPAD (volet 2) », ANESM, septembre 2011

- **La formalisation de l'annexe au contrat de séjour**

Le directeur doit transmettre l'annexe au résident et à son représentant légal s'il en a un ; après accord du résident, le document peut également être transmis à sa personne de confiance (CASF, L. 311-5-1). Le résident, son représentant légal, et/ou sa personne de confiance, peuvent demander des informations complémentaires sur les mesures envisagées. Puis, 15 jours minimum après la remise de la proposition d'annexe, ils sont reçus par le directeur (ou son représentant) qui s'assure que le résident a compris les mesures proposées et s'efforce de recueillir son consentement pour chacune des mesures envisagées. Le directeur, le résident et son représentant légal, s'il en a un, signent alors conjointement l'annexe au contrat de séjour. Le document est remis au résident. On remarquera que le résident est largement associé à cette démarche, y compris lorsqu'il bénéficie d'une mesure de protection. Ce n'est que lorsqu'il est dans l'impossibilité manifeste de signer le document, que sont prises par le médecin et le directeur les mesures strictement nécessaires pour mettre fin au danger que le résident se fait courir à lui-même (CASF, art. R. 311-0-8). S'il ne bénéficie pas d'une mesure de protection, le médecin pourra en demander une (CSP, art. 3211-6).

- **L'évolution et l'adaptation des mesures individuelles**

L'annexe est conclue pour une durée qui doit être précisée, elle est cependant révisable à tout moment. Les mesures mises en place doivent être réévaluées au moins tous les 6 mois. L'efficacité des mises en œuvre sera alors interrogée, la nécessité de les maintenir, de les modifier ou, d'en ajouter de nouvelles. L'établissement devra également s'interroger sur les freins et les leviers qui ont permis ou non de mettre en œuvre ces mesures.

On relèvera pour conclure, que ce texte réglementaire n'a vocation à s'appliquer qu'aux établissements et services accompagnant des personnes âgées (CASF, art. L. 312-1-6°). S'il n'est bien entendu pas transposable intégralement à l'ensemble des ESSMS, il pose des repères et des méthodes d'élaboration qui peuvent être adaptés, selon les spécificités des personnes accompagnées.