



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DU TRAVAIL,
DES RELATIONS SOCIALES,
DE LA FAMILLE
ET DE LA SOLIDARITÉ

SECRETARIAT D'ÉTAT
CHARGÉ DE LA SOLIDARITÉ

GESTION DES RISQUES DE MALTRAITANCE EN ETABLISSEMENT

Méthode

Repères

Outils

Comité national de vigilance contre la maltraitance des personnes âgées et adultes handicapés

Décembre 2008

SOMMAIRE

1/ Présentation du guide : contexte démarche et contenu	4
1.1 L'amélioration de la sécurité dans le secteur sanitaire	4
1.2 L'émergence de la problématique dans le secteur social et médico-social	4
1.3 La démarche et le contenu :	5
La démarche	5
Le contenu.....	6
Le champ d'application.....	6
2/ Méthodologie en gestion des risques	7
2.1 L'identification des risques : « connaître pour pouvoir agir »	7
2.2 L'analyse et le traitement des risques :	8
2.3 Management des risques : principes fondamentaux	8
2.4 Les conditions spécifiques de mise en œuvre dans le secteur des personnes âgées et des personnes handicapées	8
3/ Boîte à outils	10
3.1 Typologie des principaux risques de maltraitance	10
4/ Annexes	20
4.1/ Les principaux risques réglementés	20
4.2/ Pour en savoir plus	24

Préambule

Ce guide intitulé « Gestion des risques de maltraitance en établissement », s'inscrit dans le prolongement des travaux initiés par le comité national de vigilance contre la maltraitance des personnes âgées qui a été élargi au secteur du handicap en 2007.

La réflexion qui est menée à la faveur de ce guide s'inscrit dans un contexte d'amélioration croissante de la sécurité et de la qualité devenus un véritable enjeu de santé publique. Ainsi, dès 2002 la loi rénovant l'action sociale et médico- sociale a renforcé les démarches d'évaluation, de contrôle et de protection des personnes. En 2005, la loi du 11 février pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a conforté encore le respect des droits des usagers, en instaurant un processus d'évaluation individuelle qui parte des besoins exprimés par la personne pour être ensuite mise en œuvre dans le cadre d'une prise en charge sociale et médico-sociale en établissement ou service.

Dernièrement, la création de l'agence nationale de l'évaluation sociale et médico- sociale a marqué la volonté des pouvoirs publics d'accompagner les établissements et services dans des démarches d'amélioration continue de la qualité qui doivent permettre non seulement d'améliorer la qualité des prestations mais aussi de prévenir les risques de maltraitance.

Au regard de ce contexte et des enjeux pour la santé et la sécurité des personnes hébergées, le Comité National de Vigilance contre la Maltraitance des personnes âgées et des adultes handicapés a souhaité accompagner les établissements dans une démarche de gestion des risques de maltraitance qui prenne en compte la globalité et la complexité de l'activité de production de « soins, d'accompagnement et d'hébergement » des personnes vulnérables.

La démarche ainsi engagée renvoie à une réflexion plus générale sur les objectifs de la prise en charge au regard notamment de l'amélioration de la qualité et par la même de la promotion de la bientraitance pour laquelle des personnels formés et en nombre suffisant sont nécessaires.

Ainsi, les membres du groupe de travail ont mis en évidence le respect de la volonté des populations vulnérables accueillies comme élément fondamental de la prise en charge étant entendu que l'application d'un tel principe doit s'articuler avec le respect des lois et règlements qui s'imposent à tous dans la vie en collectivité.

C'est au regard de cette double exigence de protection et de respect de la volonté des personnes vulnérables que les membres du comité ont bâti le présent guide.

1/ Présentation du guide : contexte démarche et contenu

1.1 L'amélioration de la sécurité dans le secteur sanitaire

Depuis quelques années, les politiques nationales de santé ont mis l'accent sur la qualité et la sécurité : la réglementation intègre de plus en plus les dimensions de qualité, de sécurité et d'évaluation.

Ainsi, les lois du 1^{er} juillet 1998, relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme, et du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ont largement structuré le dispositif de veille et de sécurité sanitaire et le développement de la qualité du système de santé autour des agences sanitaires et de l'Institut National de Veille Sanitaire avec structuration des dispositifs de vigilances sanitaires « produits » et du dispositif de lutte contre les infections nosocomiales.

Les exigences de qualité et de sécurité sont depuis devenues croissantes pour les établissements de santé et les professionnels de santé.

Le développement de la procédure d'accréditation confiée à l'Agence Nationale en Santé et en Evaluation, puis à la Haute Autorité en Santé, a conduit les établissements de santé à une obligation d'évaluation externe. La sécurité, composante

essentielle de la qualité des soins, est un des axes forts de la procédure d'accréditation actuelle.

Depuis 2004 les établissements sont incités à mettre en place des programmes de gestion coordonnée et globale des risques en établissement de santé, avec l'aide des Agences Régionales d'Hospitalisation (ARH). La réduction de la iatrogénie, tant en établissement de santé qu'en ambulatoire, est désormais un des objectifs inscrits dans la loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé. Enfin, l'obligation d'évaluation individuelle et collective des pratiques professionnelles est d'ores et déjà inscrite dans la loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie¹.

1.2 L'émergence de la problématique dans le secteur social et médico-social

Dans le secteur des personnes âgées, dès 1997 la loi du 25 janvier a posé le principe d'une réforme de la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes. Cette dernière vise à promouvoir une démarche qualité et une amélioration de la médicalisation. Elle se traduit ainsi par la conclusion de conventions tripartites entre les établissements, les conseils généraux et l'Etat, qui fixent, en contrepartie de l'octroi de moyens supplémentaires, les évolutions à apporter sur 5 ans.

¹ décret n° 2005-346 du 14 avril 2005.

Ce processus est réalisé dans un souci d'amélioration de la qualité de la prise en charge de la personne âgée favorisant, ainsi, une prévention accrue des risques. Les outils utilisés pour mettre en œuvre cette démarche qualitative² s'inscrivent donc dans cette logique.

Ensuite, la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a mis le respect du droit des personnes et des libertés individuelles au cœur de la prise en charge, elle a également garantie l'exercice effectif de ces droits et libertés en prévoyant des instruments (projet d'établissement, livret d'accueil règlement de fonctionnement, document individuel de prise en charge ...) qui contribuent à la prévention des risques de maltraitance.

Les exigences en termes d'évaluation ont également été consolidées. Désormais, les établissements et services mentionnés à l'article L 312-1 du code de l'action sociale et des familles sont tenus de procéder à une évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent. Cette évaluation prend deux formes complémentaires à savoir une évaluation interne et une évaluation externe dont les résultats sont communiqués à l'autorité ayant délivré l'autorisation. Cette évaluation se fait dans le cadre d'une démarche d'amélioration continue de la qualité et au regard du respect des bonnes pratiques professionnelles validées ou élaborées

² Guide d'auto-évaluation ANGELIQUE, norme NF service EHPA X50-05, QUALICERF,

...

Dans le secteur des personnes handicapées, la loi du 11 février 2005 et son décret d'application sur la « compensation des handicaps en établissement » ont substitué à la logique des taux d'invalidité celle du « plan individualisé de compensation » fondé sur les besoins et attentes de la personne et sur les aides humaines et techniques à mettre en œuvre pour y répondre. La démarche de qualité qui en résulte prend en compte la dimension d'aide à l'autonomie et d'insertion sociale

par l'agence nationale de l'évaluation sociale et médico-sociale.

1.3 La démarche et le contenu :

La démarche

Ce guide est conçu comme un outil d'aide à la mise en place d'une démarche de gestion des risques de maltraitance.

Il doit permettre aux gestionnaires d'établissements :

- de faire le point sur les principes méthodologiques et les principales étapes d'une démarche de gestion des risques
- de s'appuyer sur des exemples pour la mise en place de la démarche de gestion des risques de maltraitance

Il correspond à une exigence de :

- **clarté** : c'est la raison pour laquelle la partie méthodologique est complétée par une boîte à outil conçue à la fois comme une aide à la compréhension et comme une aide pour la mise en œuvre de la démarche
- **souplesse** : c'est la raison pour laquelle les outils proposés sont évolutifs
- **coordination des actions** : c'est la raison pour laquelle le présent guide s'articule avec les démarches d'évaluation de la qualité visées par la loi du 2/01/2002 et notamment l'évaluation externe qui prendra en compte dans son cahier des charges la mise en place de telles démarches.

Le contenu

Ce guide comprend :

- **une fiche méthodologique** sur la gestion des risques
- **une boîte à outil** pour laquelle vous trouverez :
 - une **typologie des risques de maltraitance** : qui dresse la liste des principaux risques et facteurs de risque de maltraitance auxquels les établissements sont exposés
 - un **modèle de tableau de bord** qui peut être utilisé pour initier une démarche opérationnelle

Le champ d'application

Le présent guide a vocation à s'appliquer aux établissements pour personnes âgées y compris les unités de soin de longue durée et aux établissements pour personnes handicapées (adultes et enfants).

Les exemples de risques et facteurs de risque qui sont évoqués dans le cadre de la partie consacrée à la boîte à outil tiennent donc compte des risques inhérents non seulement à cette population mais aussi à ce type de structures.

2/ Méthodologie en gestion des risques

Les différentes étapes décrites ci-après ont été identifiées dans le guide élaboré par l'ANAES intitulé « Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissement »³.

On distingue donc essentiellement 3 étapes :

- l'identification des risques
- l'analyse
- le traitement des risques

2.1 L'identification des risques : « connaître pour pouvoir agir »

L'identification peut se réaliser à l'aide de 2 démarches complémentaires :

- Une identification **a priori** qui permet de gérer les risques prévisibles d'une activité afin de ne pas exposer inutilement les personnes à un risque
- Une identification **a posteriori**. Dans ce cas de figure il s'agit de prendre en compte des événements « incidents, accidents » qui témoignent de l'existence de risques et ce afin d'en tirer des enseignements.

Plusieurs types d'événements sont donc à considérer dans ce cadre :

- les accidents et catastrophes : qui correspondent à des risques patents
- les presque accidents, les précurseurs et les événements sentinelles : qui correspondent à des risques avérés
 - le presque accident est un événement qui aurait conduit à l'accident si des conditions favorables n'avaient permis de l'éviter
 - le précurseur correspond à tout événement critique qui peut conduire à l'accident avec une probabilité importante
 - l'événement sentinelle identifie une occurrence défavorable qui sert de signal d'alerte
- enfin, il convient d'identifier les « autres événements indésirables » qui correspondent à des incidents (événements fortuits) ou dysfonctionnements (problèmes au regard d'un fonctionnement normal)

³ Référence en bibliographie

2.2 L'analyse et le traitement des risques :

Cette analyse se fait :

- en identifiant les causes
- en déterminant la fréquence et la gravité

Le traitement des risques repose sur une combinaison de divers mécanismes :

- d'une part la prévention et la récupération : visent à réduire la fréquence du risque. L'objectif est d'éviter la survenue d'un événement redouté.
- d'autre part l'atténuation ou la suppression du risque à sa source. L'atténuation ou protection permet de réduire les conséquences d'un risque qui s'est réalisé.

2.3 Management des risques : principes fondamentaux

L'amélioration de la sécurité nécessite de passer d'une approche des risques cloisonnée à un management global, intégré et coordonné des risques.

La condition préalable et cruciale **est le développement d'une culture de sécurité qui ne soit plus axée sur la faute**, sur l'individu, sur le mythe de l'infaillibilité humaine mais qui soit ouverte, constructive, non culpabilisante, et permette aux professionnels de rapporter les erreurs, de les discuter, d'en tirer des enseignements, et aux décideurs de mettre en place les mesures de prévention et de réduction des risques.

L'idée même d'un tel management implique un pilotage des personnels de direction qui sont seuls en capacité d'avoir une vision globale de la structure et de la faire évoluer dans le sens d'une meilleure anticipation et d'une résolution plus efficace des risques de maltraitance.

2.4 Les conditions spécifiques de mise en œuvre dans le secteur des personnes âgées et des personnes handicapées

Au regard de ces principes méthodologiques, plusieurs points ont été dégagés concernant le contexte spécifique d'une démarche de gestion des risques en établissement pour personnes âgées ou handicapées :

- d'une part, les conditions d'installation sont telles que **la prise en charge s'inscrit dans la durée** au contraire des prises en charge en établissements de santé pour lesquelles les séjours sont de quelques jours. L'établissement est donc considéré comme un lieu de vie et pose plus particulièrement la question de l'intimité, des visites et notamment de l'accueil des familles
- d'autre part, les conditions d'organisation sont sensiblement différentes de celles en vigueur au sein des établissements sanitaires. En effet, **le nombre et la qualification des personnels restent un facteur marquant** qui nécessite quelques aménagements du fait notamment du peu d'encadrement en place au sein des établissements.

- enfin, **la prise en charge est moins « technique »** que dans les centres hospitaliers. Certes, certaines spécificités ont été dégagées notamment en terme de prise en charge médicale pour laquelle il a été fait mention de pathologie qui peuvent exposer plus particulièrement au risque, de même a été évoquée la nécessité de mieux encadrer les conditions de transfert entre établissements. Néanmoins, au delà de ces aspects « techniques », **l'importance du facteur humain a largement été soulignée** par les membres du groupe de travail comme un trait caractéristique du secteur que ce soit en terme de prise en charge ou en terme de facteur de risque.

Pour les personnes handicapées, la loi du 11 février 2005 substitue au concept de « prise en charge » celui d'accompagnement à la démarche de progrès vers l'autonomie dans la conquête de l'égalité des droits de la participation à la vie sociale et à la citoyenneté.

Elle enrichit, tout en la rendant plus complexe, la relation professionnels-usagers, notamment en matière de responsabilités respectives et de gestion des risques.

En effet la relation professionnel / usager est une relation à risque qui nécessite une vigilance de tous les acteurs car une maltraitance ordinaire peut s'installer de manière insidieuse sans que personne n'en ait pris réellement conscience. Elle est alors faite d'attitudes, de comportements, de gestes, de réflexions, d'une façon de travailler qui s'inscrivent dans des pratiques sur lesquelles il n'y a plus de recul. Ainsi, au-delà des comportements individuels c'est aussi l'organisation qu'il faut interroger.

La bientraitance s'inscrit donc non seulement dans la gestion des risques à partir des facteurs de risques décrits dans le présent guide, mais aussi dans une démarche d'amélioration continue de la qualité, qui traduit la dynamique institutionnelle mise en œuvre autour des droits et du projet de vie de la personne.

3/ Boîte à outils

3.1 Typologie des principaux risques de maltraitance

Champ du risque maltraitance

Pour élaborer cette cartographie, les membres du comité ont souhaité s'appuyer sur une **définition** relativement large de la maltraitance et pour laquelle on peut citer deux définitions :

D'une part celle, du Conseil de l'Europe :

« La violence se caractérise par tout acte ou omission commis par une personne, s'il porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou psychique ou à la liberté d'une autre personne ou compromet gravement le développement de sa personnalité et/ou nuit à sa sécurité financière. »

D'autre part, celle d'Eliane Corbet docteur en psychopédagogie à propos des violences institutionnelles :

« Entre dans le champ de la violence institutionnelle tout ce qui contredit ou contrevient aux lois du développement, tout ce qui donne prééminence aux intérêts de l'institution sur les intérêts de l'enfant. »

Les types de violences retenues renvoient également aux travaux du Conseil de l'Europe à savoir et pour mémoire :

violences physiques : coups, brûlures, ligotages, soins brusques sans information ou préparation, non satisfaction

des demandes pour des besoins physiologiques, violences sexuelles, meurtres (dont euthanasie)...

violences psychiques ou morales : langage irrespectueux ou dévalorisant, absence de considération, chantage, abus d'autorité, comportements d'infantilisation, non respect de l'intimité, injonctions paradoxales...

violences matérielles et financières : vols, exigence de pourboires, escroqueries diverses, locaux inadaptés...

violences médicales ou médicamenteuses : manque de soins de base, non-information sur les traitements ou les soins, abus de traitements sédatifs ou neuroleptiques, défaut de soins de rééducation, non prise en compte de la douleur...

privation ou violation de droits : limitation de la liberté de la personne, privation de l'exercice des droits civiques, d'une pratique religieuse...

négligences actives : toutes formes de sévices, abus, abandons, manquements pratiqués avec la conscience de nuire

négligences passives : négligences relevant de l'ignorance, de l'inattention de l'entourage, de la tentation de se substituer à la personne dans la prise de décisions ou l'accomplissement de tâches au lieu de l'aider à les prendre ou les accomplir par elle-même.

PRESENTATION ET UTILISATION DE LA GRILLE

Une première partie dans laquelle vous trouverez les principaux types de risques élaborés à partir des définitions et des types de violences listées ci-dessus et qui distingue les conditions d'installation, les conditions d'organisation et les conditions de prise en charge.

Cette typologie est complétée par une liste des principaux facteurs de risque ou « causes probables de réalisation du risque »

Une deuxième partie pour laquelle vous trouverez un tableau de bord opérationnel pour la mise en place de la démarche

I / Risques liés aux conditions d'installation

<i>Types de risques</i>	<i>Exemples de facteurs de risques</i>
<p><i>Risque lié à l'inadéquation des locaux par rapport à la population accueillie</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Non-respect des dispositions de l'autorisation <ul style="list-style-type: none"> - Age - Caractéristiques de la population ▪ Espaces de vie insuffisants ou inadaptés <ul style="list-style-type: none"> - Espaces privés ne permettant pas le respect de l'intimité ▪ Equipement insuffisant ou inexistant <ul style="list-style-type: none"> - Absence de sanitaire et douche / ou en nombre insuffisant - Espace insuffisant pour une accessibilité et une installation confortable (salle à manger, salon...) - Entraves aux circulations - Espaces rafraîchis ▪ Équipement inadapté <ul style="list-style-type: none"> - Espaces de circulation non sécurisé (escaliers, rebords) - Signalétique inadaptée (braille, contrastes) - Eclairage, difficulté à accéder à l'interrupteur - Hauteur largeur des équipements - Mobilier mis à disposition - Chauffage inadapté à la température extérieure
<p><i>Risque de chute</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Matériel insuffisant ou inexistant <ul style="list-style-type: none"> - Dispositif d'appel en cas de chute - Barres d'appui : obstacles - Protection des escaliers, rampe extérieure, bande de vigilance... - Exiguïté des locaux ▪ Matériel inadapté <ul style="list-style-type: none"> - Sols extérieurs et intérieurs - Équipement et mobilier : Non accessibilité de l'appel malade dans la totalité de l'espace privatif, éclairage

Risque lié au manque de sécurité et d'entretien des équipements

- Absence de dispositif ou de protocole de surveillance des accès
- Défaut d'entretien et d'hygiène
 - Absence de maintenance des équipements froids et chauds
 - Rupture de la chaîne du froid
- Organisation non formalisée
 - Personnel non formé (notamment aux modes de communication non verbales avec les usagers)
 - Locaux inadaptés ou insuffisants
 - Élimination des déchets : circuits linge propre linge sale
 - Absence règles HACCP : marche en avant

II / Risques liés aux conditions d'organisation

Risque lié au pilotage de l'établissement

- Pas de projet d'établissement ou contenu non conforme à la réglementation et aux recommandations
- Pas de règlement intérieur des salariés
- Pas de règlement de fonctionnement
- Pas de procédure, pas de conduite à tenir, fonctionnement basé sur l'habitude
- Directeur non formé et/ou inexpérimenté
- Turn-over important au poste de direction
- Vacance du poste de direction
- Pas de délégation claire, pas de contrôle de gestion
- Circuit de décision opaque ou non connu
- Pas de médecin coordonnateur ou absence de formation adaptée au public accueilli
- Pas de coordination des interventions médicales
- Insuffisance de coordination entre personnel médical et personnel para- médical
- Pas de gestion des événements indésirables
- Pas de politique de gestion des ressources humaines

Risque lié à l'accompagnement individuel des personnels dans l'accomplissement de leur mission

- Pas ou pas assez d'accompagnement aux prises de fonctions
 - Pas d'information systématique sur les objectifs de prise en charge
 - Pas de fiches de poste ou fiches incohérentes
 - Personnel peu ou pas formé
 - Pas de vérification de la capacité d'exercice
 - Pas d'entretien d'évaluation formalisé (objectifs individuels et suivi)
- Pas de repérage des situations à risques
 - Pas de traitement et suivi des événements indésirables
 - Repli sur soi, isolement de certains personnels
 - Absentéisme élevé
 - Turn over important
 - Augmentation du nombre d'accidents du travail et des maladies professionnelles

<p><i>Risque lié à l'animation et la coordination des équipes</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Absence ou insuffisance de coordination des équipes pluridisciplinaires <ul style="list-style-type: none"> - Temps, méthode, outils de transmission et de concertation - Définition des conduites à tenir en cas de maltraitance insuffisante ou absente - Glissement de fonctions, dévalorisation de certaines fonctions ▪ Absence ou insuffisance d'animation des équipes et de coordination des interventions ▪ Pas de politique de mobilité et d'évolution professionnelle ▪ Pas de formation continue
<p><i>Risque lié à l'absence de prise en compte de la parole des usagers</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Absence de participation individuelle et/ou collective des usagers ▪ Pas de support et de traçabilité des requêtes des usagers (conseil de la vie sociale, groupes d'expression, enquêtes de satisfaction...)
<p><i>Risque lié à l'organisation du travail</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gestion du temps de travail : <ul style="list-style-type: none"> - Amplitude de travail trop importante - Pas de visibilité sur les plannings - Taux d'encadrement insuffisant le jour et/ou la nuit - Vacances de poste ou poste non pourvus ▪ Défaillance des circuits d'information : <ul style="list-style-type: none"> - Pas d'outils de communication - Pas de support de transmission ou multiplication des supports - Pas d'exploitation des données contenues dans les transmissions - Défaut d'organisation de l'accès au dossier des usagers (et notamment social et médico-social) - Pas de diffusion des consignes et protocoles - Pas de consignes écrites ▪ Fonctionnement par habitude
<p><i>Risque lié à l'isolement de la structure</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Absence de convention précisant les modalités de concertation entre établissement et les autres lieux de prise en charge ou d'intégration : <ul style="list-style-type: none"> - école - service de soin - autre

III / Risques liés aux conditions de prise en charge

Risque d'atteinte à la liberté

Non respect des habitudes et des libertés de la personne

- Procédure d'accueil inadaptée, insuffisante ou inexistante :
 - Clauses abusives de contrat
 - Admission non consentie et non préparée
 - Défaut d'information
- Défaut d'équipement ou mauvais usage des équipements : (locaux non sécurisés, barrières aux lits, contention sans prescriptions digicodes, ...)
- Non prise en compte des attentes et des choix : horaires, croyances, dernières volontés
- Non respect de la liberté d'aller et venir

Risque d'atteinte à la dignité et à l'intimité

- Excès de familiarité :
 - Infantilisation
 - Tutoiement systématique
- Non respect de la vie privée
 - Non respect de la chambre en tant que domicile privé
 - Non respect des effets personnels
 - Pas d'espace de vie personnel
- Non respect de l'intimité :
 - Non respect du secret de la correspondance ou des courriers
 - Atteinte à la pudeur
 - Composition des groupes de vie inadaptée
 - Non respect de la confidentialité des informations médicales

<p><i>Risque lié à un défaut ou excès d'aide et de soins</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Absence, insuffisance des aides à la vie quotidienne ou excès d'assistance : <ul style="list-style-type: none"> - Toilettes - Alimentation - Habillage - Eliminations ▪ Défaut de plans de soins individualisés ou de réactualisation : <ul style="list-style-type: none"> - Prévention des escarres, des fausses routes ou des accidents respiratoires - Détection de la douleur et de la souffrance psychique - mauvaise gestion des médicaments (poly médication,) - Absence ou insuffisance des aides techniques individuelles ▪ Non prise en compte des décisions des usagers relatives à leur santé
<p><i>Risque de limitation de vie sociale pour la personne</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Absence de projet d'animation et/ou d'activité au sein de l'établissement ▪ Isolement de l'institution ▪ Pratiques et motifs sécuritaires de l'institution et de l'entourage ▪ Dénier d'une vie sociale extérieure à l'établissement ▪ Non respect des familles ▪ Censure des relations personnelles/intrusions dans les relations sociales, affectives et sexuelles ▪ Absence de respect du droit à la vie familiale
<p><i>Risque lié à l'absence d'individualisation de l'accompagnement des usagers</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Absence de projet de vie individuel ou non réactualisé ▪ Pas de prise en compte des cas complexes ▪ Absence de projet de sortie, accès à la formation, aux savoirs et préparation à la vie sociale selon l'âge et les souhaits des usagers ▪ Absence de liens et de transmission entre institutions de prise en charge (hospitalisations, accueil temporaire, séjours de vacances, ...)

3.2 Exemple de tableau de bord

Enfin, pour vous aider dans la démarche, vous trouverez ci joint un exemple de tableau de bord qui peut être utilisé pour la mise en œuvre de la démarche. Comme indiqué supra, vous pouvez également compléter les deux premières colonnes du tableau en vous aidant de la typologie des risques et des exemples de facteurs de risques identifiés précédemment.

Exemple de tableau de bord évaluation des risques a priori :

Type de risque	Facteur de risque	Gravité ⁴				Fréquence		Action à mettre en place			Suivi des actions	
		1	2	3	4	Isolé	Répété	Court	Moyen	Long terme	Respon sable	Date de réalisation
Risque de chute	▪ Matériel insuffisant ou inexistant :											
	- Dispositif d'appel en cas de chute				x							
	- Barres d'appui : obstacles				x							
	- Protection des escaliers, rampe extérieure		x				x		Achat de matériel			
	- Exiguïté des locaux				x							
	▪ Matériel inadapté :											
	- Sols extérieurs et intérieurs		x				x				Plan de restructuration des locaux	
- Non accessibilité de l'appel malade dans la totalité de l'espace privatif, éclairage				x								

Commentaire :

- le type de risque est la chute
- les facteurs de risque ou causes probables de réalisation du risque sont : un matériel inadapté et insuffisant
- la gravité est forte pour la santé et la sécurité des personnes hébergées

⁴ 1 = très fort, 2= fort, 3= faible, 4 = nul

- la probabilité de voir le risque se répéter est : importante
- les actions à mettre en place peuvent être échelonnées dans le temps au regard des causes identifiées

Exemple à partir d'un événement indésirable :

<i>Type de risque</i>	<i>Evénement indésirable</i>	<i>Facteur de risque</i>	<i>Gravité⁵</i>				<i>Fréquence</i>		<i>Action à mettre en place</i>			<i>Suivi des actions</i>	
			1	2	3	4	<i>Isolé</i>	<i>Répété</i>	<i>Court</i>	<i>Moyen</i>	<i>Long</i>	<i>Responsable</i>	<i>Date de réalisation</i>
<i>Risque lié à un défaut ou un excès de soin</i>	Erreur médicamenteuse	Changement de traitement le jour même		x			x		Mise à jour dossier médical				
		Absence exceptionnelle du personnel en charge de la mise à jour des dossiers		x			x			Prévoir un binôme pour la mise à jour,			

Commentaire :

- le type de risque est le défaut ou l'excès de soin
- l'incident ou événement indésirable est l'erreur médicamenteuse
- la gravité est forte car l'incident a eu pour conséquence une hospitalisation
- les facteurs de risque ou causes sont le changement de traitement récent et l'absence exceptionnelle et non prévue du personnel en charge de cette fonction
- le risque de voir cet événement se répéter est faible (compte tenu notamment des causes)
- les actions à mettre en place sont la mise à jour du dossier médical et l'organisation d'une permanence sur cette fonction

⁵ 1 = très fort, 2= fort, 3= faible, 4 = nul

4/ Annexes

4.1/ Les principaux risques réglementés

CE TABLEAU NE CONSTITUE PAS UN REFERENTIEL JURIDIQUE.

Il doit permettre de faire le lien entre un risque, une obligation législative ou réglementaire et dégager les pistes d'amélioration de la prise en charge.

Types de risques	Principaux textes législatifs et réglementaires	Recommandations, guides, instructions
<i>Risque lié à l'inadéquation des locaux par rapport à la population accueillie</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Arrêté du 26/04 1999 modifié fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article L 313-12 du CASF - Loi du 11 février 2005 sur l'accessibilité des personnes à mobilité réduite - Décret n 2006-555 du 17 mai 2006 - Arrêtés du 17 mai 2006 - Articles L 313-1 à L 313-9 du CASF et R 322-1 à R 222-7 (autorisations) 	<ul style="list-style-type: none"> - Personnes âgées : Guide pour l'auto-évaluation ANGELIQUE (Q 54 à 57, Q 60, Q 122, Q 126) - Personnes handicapées : en attente des recommandations de bonnes pratiques de l'ANESMS - Plan de développement de la bientraitance du 14 mars 2007
<i>Risque de chute</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Arrêté du 26/04 1999 modifié fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article L 313-12 du CASF 	<ul style="list-style-type: none"> - Personnes âgées : Guide pour l'auto-évaluation ANGELIQUE (Q 58 à 59 et Q 87 Q 109) - Personnes handicapées : en attente des recommandations de bonnes pratiques de l'ANESMS - Plan de développement de la bientraitance du 14 mars 2007 - Guide ANAES d'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé : limiter les risques de la contention physique de la personne âgée d'octobre 2000
<i>Risque lié au manque de sécurité des équipements</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Arrêté du 26/04 1999 modifié fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article L 313-12 du CASF - Arrêté du 19 novembre 2001 sur la sécurité incendie - Arrêté du 19/05/1995 : méthode HACCP - Décret n°97-1048 du 6 novembre 1997 - Circulaire DHOS 2005-34 - Circulaire du 11/01/2005 	<ul style="list-style-type: none"> - Personnes âgées : Guide pour l'auto-évaluation ANGELIQUE (Q 54 à 60, Q 123 et 128, Q 124 à 125 Q122, Q126) - Personnes handicapées : en attente des recommandations de bonnes pratiques de l'ANESMS - Plan de développement de la bientraitance du 14 mars 2007

Types de risques	Principaux textes législatifs et réglementaires	Recommandations, guides, instructions
Risque lié au pilotage de l'établissement	<ul style="list-style-type: none"> - Article L 311-8 du CASF et R 311-38 portant obligation sur le projet d'établissement - Article L 311-7 du CASF sur le règlement de fonctionnement R 311-33 à R 311-37 - Article L 230-2 et R 230-1 du code du travail sur évaluation des risques professionnels (décret n°2001-1016 du 5 novembre 2001) - Article L 620-3 du code du travail sur registre du personnel - Etc... 	<ul style="list-style-type: none"> - Personnes âgées : Guide pour l'auto-évaluation ANGELIQUE (Q 105 et Q 106) - Personnes handicapées : en attente des recommandations de bonnes pratiques de l'ANESMS - Plan de développement de la bientraitance du 14 mars 2007
Risque lié à l'accompagnement individuel des personnels dans l'accomplissement de leur mission	<ul style="list-style-type: none"> - Arrêté du 26/04 1999 modifié fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article L 313-12 du CASF - Article L 932-1, L 933-1, et 122-12 du code du travail sur plan de formation - Article L 122-33 et R 122-12 du code du travail sur fiches de postes 	<ul style="list-style-type: none"> - Personnes âgées : Guide pour l'auto-évaluation ANGELIQUE (Q 105, Q 107 à Q111) - Plan de développement de la bientraitance du 14 mars 2007
Risque lié à l'animation et la coordination des équipes	<ul style="list-style-type: none"> - Arrêté du 26/04 1999 modifié fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article L 313-12 du CASF - Article L 311-8 du CASF et D 311-38 portant obligation sur le projet d'établissement (objectifs de coordination) - Décret et arrêté d'application des articles L344.1 et suivants du CASF sur la composition et l'organisation des équipes pluridisciplinaires accompagnant les personnes handicapées qui n'ont pu acquérir un minimum d'autonomie 	<ul style="list-style-type: none"> - Personnes âgées : Guide pour l'auto-évaluation ANGELIQUE (Q110-111) - Personnes handicapées : en attente des recommandations de bonnes pratiques de l'ANESMS - Plan de développement de la bientraitance du 14 mars 2007
Risque lié à l'absence de prise en compte de la parole des usagers	<ul style="list-style-type: none"> - Article L 311-6 du CASF relatif au conseil de la vie sociale D 311-3 à D 311-32 - Décret n°2005-1367 du 2 novembre 2005 portant modifications sur les formes de participation des usagers - Article L 1111-6 du code de la santé publique sur personne de confiance 	<ul style="list-style-type: none"> - Plan de développement de la bientraitance du 14 mars 2007

Types de risques	Principaux textes législatifs et réglementaires	Recommandations, guides, instructions
Risque lié à l'organisation du travail	<ul style="list-style-type: none"> - Arrêté du 26/04 1999 modifié fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article L 313-12 du CASF - Décret n°2005-560 du 27/05/2005 sur le rôle du médecin coordonnateur en EHPAD - Article L 311-8 du CASF et R 311-38 portant obligation sur le projet d'établissement (objectifs d'organisation) 	<ul style="list-style-type: none"> - Personnes âgées : Guide pour l'auto-évaluation ANGELIQUE (Q 70 à 72, Q 105 à 106) - Personnes handicapées : en attente des recommandations de bonnes pratiques de l'ANESMS - Plan de développement de la bientraitance du 14 mars 2007
Risque lié l'isolement de la structure	<ul style="list-style-type: none"> - Arrêté du 26/04 1999 modifié fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article L 313-12 du CASF - Article L 311-8 du CASF et D 311-38 portant obligation sur le projet d'établissement (réseau et coopération) - Article L 312-7 sur coordination des établissements 	<ul style="list-style-type: none"> - Personnes âgées : Guide pour l'auto-évaluation ANGELIQUE (Q 114 à 119) - Personnes handicapées : en attente des recommandations de bonnes pratiques de l'ANESMS - Plan de développement de la bientraitance du 14 mars 2007
Risque d'atteinte à la liberté – Non respect des habitudes et des libertés	<ul style="list-style-type: none"> - Arrêté du 26/04 1999 modifié fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article L 313-12 du CASF - Articles L 311-3 à L 311-5 CASF : <ul style="list-style-type: none"> - L 311-3 sur exercice des droits et libertés individuelles - L 311-4 sur livret d'accueil - L 311-4 et D 311-0-1 contrat de séjour - L 311-5 sur personnes qualifiées – R 311 à R 312 - Arrêté du 8/09/03 Charte des droits et libertés - Article R 311-33 à R 311-37 règlement de fonctionnement 	<ul style="list-style-type: none"> - Personnes âgées : Guide pour l'auto-évaluation ANGELIQUE (Q 3 à 5, Q 12 à 32, Q 70 à 72, Q 105 à 106) - Personnes handicapées : en attente des recommandations de bonnes pratiques de l'ANESMS - Plan de développement de la bientraitance du 14 mars 2007 - Conférence de consensus Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux et obligation de soins et de sécurité 24 et 25 novembre 2004
Risque d'atteinte à la dignité et à l'intimité	<ul style="list-style-type: none"> - Arrêté du 26/04 1999 modifié fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article L 313-12 du CASF - Article L 311-3 sur exercice des droits et libertés - Arrêté du 8/09/03 Charte des droits et libertés - Article R 311-33 à R 311-37 règlement de fonctionnement 	<ul style="list-style-type: none"> - Plan de développement de la bientraitance du 14 mars 2007

Types de risques	Principaux textes législatifs et réglementaires	Recommandations, guides, instructions
<i>Risque lié à un défaut ou excès d'aide et de soins</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Arrêté du 26/04 1999 modifié fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article L 313-12 du CASF 	<ul style="list-style-type: none"> - Plan de développement de la bientraitance du 14 mars 2007 - Conférence de consensus Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux et obligation de soins et de sécurité 24 et 25 novembre 2004
<i>Risque de limitation de vie sociale pour la personne</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Charte des droits et libertés individuelles : Arrêté du 8/09/2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie - Le décret n°2003-1095 du 14 novembre 2003 fixant le contenu du règlement de fonctionnement et des mesures en cas de violences - Article L 311-3 sur exercice des droits et libertés - Arrêté du 8/09/03 Charte des droits et libertés - Article R 311-33 à R 311-37 règlement de fonctionnement 	<ul style="list-style-type: none"> - Personnes âgées : Guide pour l'auto-évaluation ANGELIQUE (Q 46 à 53) - Conférence de consensus Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux et obligation de soins et de sécurité 24 et 25 novembre 2004
<i>Risque lié à l'absence d'individualisation de l'accompagnement des usagers</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Article L 311-3 sur exercice des droits et libertés - Arrêté du 8/09/03 Charte des droits et libertés - Article R 311-33 à R 311-37 règlement de fonctionnement 	<ul style="list-style-type: none"> - Guide DGAS sur le dossier de la personne accueillie ou accompagnée de juin 2007

4.2/ Pour en savoir plus

1. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en santé. Le manuel d'accréditation des établissements de santé. Paris : ANAES ; 1999. Seconde procédure d'accréditation. Version expérimentale, novembre 2003.
2. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en santé. Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissement de santé. Paris : ANAES ; 2003, www.anes.fr
3. Barthélémy B. Gestion des risques. Paris : Editions d'organisation ; 2000
4. Caillard JF, Gehanno JF. L'évaluation des risques professionnels, une démarche de progrès pour l'hôpital. Gestions hospitalières, n°21, janvier 2003.
5. CNEH. Les risques dans les établissements de santé. Technologie et Santé n°48. Novembre 2002.
6. Conseil économique et social. Prévention et gestion des risques technologiques et industriels, avis et rapport 2001. Edition Journaux Officiels, 2003
7. Godard Olivier, C. Henry C, Lagadec P. Traité des nouveaux risques Folio Actuel-2002
8. Institut National de Recherche et de Sécurité : évaluation des risques professionnels : Question réponses sur le document unique 2002 - Edition INRS ED 887
9. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, DHOS. Qualité et sécurité des soins en établissement de santé. Résultats de l'enquête sur les programmes de gestion des risques dans les établissements de santé. Septembre 2001. www.sante.gouv.fr
10. Ministère de l'emploi et de la solidarité. DHOS/E2. Etude sur la transposabilité des modèles de gestion des risques du milieu industriel au domaine de la santé. Cap Gemini Ernst et Young. Juillet 2002. <http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/iatrogene/intro.htm>
11. Ministère de la santé, de la famille, des personnes handicapées. Circulaire DHOS/ E2/E4 N°176 du 29 mars 2004 parue au Bulletin officiel n°2004-18
12. Ministère de la santé, de la famille, des personnes handicapées. Recommandations pour l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme de gestion des risques en établissement de santé. Mars 2004. www.sante.gouv.fr
13. Ministère de la santé, de la famille, des personnes handicapées. DHOS. Sécurité sanitaire dans les établissements de santé : réglementation applicable. Edition n°4. février 2004. http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/secu_sanit4/accueil/intro.htm
14. Ministère de la santé, de la famille, des personnes handicapées. DHOS, cellule de gestion des risques exceptionnels. Guide de recommandations pour l'élaboration des plans blancs hospitaliers et schémas départementaux des plans blancs. Avril 2004.
15. Poullain I, Lespy F. Gestion des risques et de la qualité, guide pratique à l'usage des cadres de santé. Editions Lamarre, Rueil - Malmaison, 2002
16. Quaranta JF et Petit. J. La maîtrise des risques et la sécurité sanitaire au quotidien dans un établissement de santé. Paris : Editions Weka ; mars 2003.
17. Tabuteau Didier. La sécurité sanitaire. Edition Berger Levrault, mai 2002
18. Quenon J.-L, Gautier R. Du risque à la gestion des risques. Techniques hospitalières, 2000, n°52, p. 20-21.
19. Reason J. Managing the risk of organizational accidents. Aldershot : Ashgate ; 1997
20. Sérézat M., Sfez M. Outils et méthodes de la gestion des risques à l'hôpital. Guide Hygiène et Sécurité ; AFNOR, Paris, juillet 2001, art. II, chap. 51, p. 1-15
21. Vincent C., Taylor-Adams S, Chapman EJ, Hewett D, Prior, Strange P et all. How to investigate and analyse clinical incidents : clinical risk and association of litigation and risk management protocol. BMJ Two thousand ; 320(7237) ; 777-781

Liste des participants

Animation du groupe de travail :

Mme Amélie CHARRETIER : **DGAS**, chef de projet lutte contre la maltraitance, bureau de la protection des personnes

Participants :

BARGES Isabelle
BOUALAM Aouda
BUIS Florence
CHADEL Frédérique
CHAMPVERT Pascal
DAVY Jean
DELACOURT François
DELAUNAY Pierre
DESGOUTE Isabelle
DOUCET Odile
D' DUPORTET Bernard
DUROCHER Anne-Marie
DUSIGNE Dominique
FAIVRE Henri

FROISSARD Christiane

GARCIA Violette
GEOFFROY Marie
GUERRA Pascale
GUILLAUMIN Colette
HENON Isabelle
JULIEN Agnès
LARBEY Jean-Claude

Personnes auditionnées :

Evelyne MORVAN
Martine FRANCOIS

Organisme :

FNAQPA
DDASS des Bouches-du-Rhône
SYNERPA
DGAS
ADEHPA
FNADEPA
AIRE
ALMA France
FEHAP
DDASS de la Sarthe
AFBAH
CHU de Lille
APF
CLAPEAHA

Centre de cure médicale d'Ambazac (87)
DHOS
CNRPA
UNIOPSS
DRASS Auvergne
ADESSA
FEHAP
FFAIMC

Participants :

LARCHEVEQUE Didier
LAROQUE Geneviève
LAUVRAY Ingrid
LECAS Franck
MARCELLE Julien
MOLLARD Judith
MORENO Paloma
MOULIAS Robert
MOULIE Christelle
NOAL Xavier
PELOUARD Philippe
PIOT Maudy
PORTRAIT Philippe
D' POUILLARD Jean

RENOUX Anne

RIET Zaynab
SOUDRIE Brigitte
TOURSIERE Françoise
VILLEZ Alain
VIRAUD Roger
ZRIBI Gérard

Organisme :

Conférence des directeurs d'EHPAD
AFBAH
UNIOPSS
FEHAP
FEGAPEI
France ALZHEIMER
UNA
ALMA France
UNAPEI
FHF
APAJH
CNPSAA
Conférence des directeurs d'EHPAD
Conseil national de l'ordre des médecins
FNAAS
FHF
Personne qualifiée
FNADEPA
UNIOPSS
ADHEPA
ANDICAT