



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère de la Santé
et des Solidarités

Ministère délégué
à la Sécurité sociale,
aux Personnes âgées,
aux Personnes handicapées
et à la Famille

REPÈRES,

REPÈRES,

GESTION DES RISQUES DE MALTRAITANCE EN ÉTABLISSEMENT

OUTILS

MÉTHODE,

MÉTHODE

SOMMAIRE

1

PRÉSENTATION DU GUIDE : CONTEXTE DÉMARCHE ET CONTENU

- 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 5
- 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 : 7
- 2.3 Management des risques principes fondamentaux 8
- 2.4 Les conditions spécifiques de mise en œuvre dans le secteur personnes âgées 8

3

BOÎTE À OUTILS 9

- 3.1 Typologie des principaux risques de maltraitance 9
- 3.2 Exemple de tableau de bord 14

4

ANNEXES 16

- 4.1 Les principaux risques réglementés 16
- 4.2 Pour en savoir plus 20

PRÉAMBULE

Ce guide intitulé « Gestion des risques de maltraitance en établissement », s'inscrit dans un contexte d'amélioration croissante de la sécurité devenu un véritable enjeu de santé publique. Il s'inscrit également dans la continuité de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico- sociale pour laquelle les démarches d'évaluation, de contrôle et de protection des personnes ont été renforcées.

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 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. Cet outil destiné aux établissements sera adapté pour aider les services d'aide à domicile à mieux lutter contre la maltraitance.

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 personnes âgées 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 aux professionnels en présence.

C'est au regard de cette double exigence de protection et de respect de la volonté des personnes âgées 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 de Veille Sanitaire avec structuration du dispositif 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 Évaluation, 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 maladie⁽¹⁾.

(1) Décret n° 2005-346 du 14 avril 2005.

1 PRÉSENTATION DU GUIDE : CONTEXTE, DÉMARCHE ET CONTENU

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

Dans le secteur des personnes âgées, la réforme de la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes 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'État, qui fixent, en contrepartie de l'octroi de moyens supplémentaires, les évolutions à apporter sur 5 ans.

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 qualitative ⁽²⁾ s'inscrivent donc dans cette logique.

Parallèlement, la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a renforcé les exigences en termes d'évaluation. 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.

La lutte contre la maltraitance est un des objectifs prioritaires du Plan de solidarité grand âge lancé en juin 2006 par Philippe Bas et prévoit la réalisation d'une auto évaluation des risques dans chaque établissement.

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.

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

1 PRÉSENTATION DU GUIDE : CONTEXTE, DÉMARCHE ET CONTENU

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 d'hébergement pour personnes âgées y compris aux unités de soin de longue durée.

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).

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.

(3) Référence en bibliographie

2 MÉTHODOLOGIE EN GESTION DES RISQUES

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.

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

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 :

- 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 des pathologies des sujets âgés 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 souligné** 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.

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'Éliane 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.

Présentation 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 listés 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.

3 BOÎTE À OUTILS

Risques liés aux conditions d'installation

Types de risques	Exemples de facteurs de risques
Risque lié à l'inadéquation des locaux par rapport à la population accueillie	<ul style="list-style-type: none"> ■ Non-respect des dispositions de l'autorisation ■ Équipement insuffisant ou inexistant : <ul style="list-style-type: none"> • Chambre exigüe • Chambre à 3 lits, à 2 lits • Absence de sanitaire et douche ou en nombre insuffisant • Espace insuffisant pour une accessibilité et une installation confortable (salle à manger, salon...) • Absence d'espace de promenade ■ Équipement inadapté : <ul style="list-style-type: none"> • Trajets de promenade non sécurisés • Signalétique inadaptée • Éclairage, difficulté à accéder à l'interrupteur • Hauteur des équipements • Mobilier mis à disposition • Chauffage inadapté : température basse l'hiver ou trop élevée
Risque de chute	<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... • 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 des équipements	<ul style="list-style-type: none"> ■ Absence de surveillance des accès par manque de personnel ou de dispositifs spéciaux ■ Locaux inadaptés
Risque infectieux (TIAC, infections nosocomiales...)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Défaut d'entretien et d'hygiène : <ul style="list-style-type: none"> • Absence de maintenance des équipements froids et chauds • Rupture de la chaîne du froid ■ Organisation non formalisée : <ul style="list-style-type: none"> • Personnel non formé • Locaux inadaptés ou insuffisants • Élimination des déchets : circuits linge propre linge sale • Absence règles HACCP : marche en avant

3 BOÎTE À OUTILS

Risques liés aux conditions d'organisation

Types de risques	Exemples de facteurs de risques
Risque lié au pilotage de l'établissement	<ul style="list-style-type: none"> ■ Pas de projet d'établissement ou contenu non conforme à la réglementation et aux recommandations ■ Pas de règlement intérieur ■ Pas de protocole, 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 à la gérontologie, gériatrie
Risque lié à l'accompagnement individuel des personnels dans l'accomplissement de leur mission	<ul style="list-style-type: none"> ■ Pas ou pas assez d'accompagnement aux prises de fonctions : <ul style="list-style-type: none"> • Pas de fiches de poste ou fiches incohérentes • Personnel peu ou pas formé • Pas de vérification de la capacité d'exercice ■ Pas de repérage des situations à risques : <ul style="list-style-type: none"> • Repli sur soi, isolement de certains personnels • Absentéisme élevé • Augmentation du nombre d'accidents du travail et des maladies professionnelles
Risque lié à l'animation et la coordination des équipes	<ul style="list-style-type: none"> ■ Absence ou insuffisance de coordination des équipes : <ul style="list-style-type: none"> • Temps de concertation et ou de transmission • 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 ■ Pas de politique de mobilité et de promotion ■ Pas de formation continue
Risque lié à l'organisation du travail	<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 • Pas de dossier de soins partagé • Pas de diffusion des consignes et protocoles • Pas de consignes écrites • Fonctionnement par habitude

3 BOÎTE À OUTILS

Risques liés aux conditions de prise en charge

Types de risques	Exemples de facteurs de risques
Risque d'atteinte à la liberté – Non respect des habitudes	<ul style="list-style-type: none"> ■ Procédure d'accueil inadaptée, insuffisante ou inexistante : <ul style="list-style-type: none"> • Clauses abusives de contrat • Admission non consentie • Défaut d'information (notamment quant aux conditions d'accès aux soins et relations avec les intervenants libéraux) ■ Défaut d'équipement ou mauvais usage des équipements : (locaux non sécurisés, barrières aux lits, contention sans protocole digicodes, ...) ■ Non prise en compte des attentes et des choix : horaires, croyances, dernières volontés ■ Pratiques sécuritaires de l'institution et de l'entourage
Risque d'atteinte à la dignité et à l'intimité	<ul style="list-style-type: none"> ■ Excès de familiarité : <ul style="list-style-type: none"> • Infantilisation • Tutoiement systématique ■ Pas ou pas assez de personnalisation de la prise en charge : <ul style="list-style-type: none"> • Non respect de l'organisation de la chambre • Non respect des effets personnels • Absence de projet de vie individuel, méconnaissance de l'histoire de vie ■ Non respect de l'intimité : <ul style="list-style-type: none"> • Non respect du secret de la correspondance ou des courriers • Atteinte à la pudeur • Non respect de la confidentialité des informations médicales
Risque lié à un défaut ou excès d'aide et de soins	<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 ■ Défaut de plans de soins individualisés : <ul style="list-style-type: none"> • Prévention des escarres • Détection de la douleur et de la souffrance psychique • mauvaise gestion des médicaments (poly médication,) • Absence ou insuffisance des aides techniques individuelles :mauvaise gestion des Prothèses personnelles (lunettes , dentiers, ...) ■ Défaut de coordination des équipes : <ul style="list-style-type: none"> • Supports inexistants ou inadaptés pour la transmission des informations • Absence ou insuffisance de projet de prise en charge globale • Temps de transmission insuffisant • Défaut de coordination entre les professionnels de santé intervenant au sein de l'établissement et les personnels de l'établissement
Risque de limitation de vie sociale pour la personne	<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 ■ Déni d'une vie sociale extérieure à l'établissement ■ Censure des relations personnelles/intrusions dans les relations sociales, affectives et sexuelles

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 tableau de bord évaluation des risques *a priori* :

Type de risque	Facteur de risque	Gravité ⁽⁴⁾				Fréquence		Action à mettre en place		
		1	2	3	4	Isolé	Répété	Court	Moyen	Long terme
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 ;
- 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.

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

3 BOÎTE À OUTILS

Exemple à partir d'un évènement indésirable :

Type de risque	Evénement indésirable	Facteur de risque	Gravité ⁽⁴⁾				Fréquence		Action à mettre en place		
			1	2	3	4	Isolé	Répété	Court	Moyen	Long terme
Risque lié à un défaut ou un excès de soin	Erreur médicamenteuse	<ul style="list-style-type: none"> ■ Changement de traitement le jour même ■ Absence exceptionnelle du personnel en charge de la mise à jour des dossiers 		x		x	x		Mise à jour du dossier médical	Prévoir un binôme pour la mise à jour, développer les complémentarités pour assurer une permanence	

Commentaire :

- le type de risque est le défaut ou l'excès de soin ;
- l'incident ou évènement 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 évènement 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.

4.1 Les principaux risques réglementés

CE TABLEAU NE CONSTITUE PAS UN RÉFÉRENTIEL 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
Risque lié à l'inadéquation des locaux par rapport à la population accueillie	<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 11/02/2005 : sur accessibilité 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Guide pour l'auto-évaluation « angélique » • Q 54 à 57, Q 60, Q 122, Q 126
Risque de chute	<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"> ■ Guide pour l'auto-évaluation « angélique » • Q 58 à 59 et Q 87 Q 109 • Guide de bonnes pratiques des soins en EHPAD
Risque lié au manque de sécurité des équipements	<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 19/11/2001 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Guide pour l'auto-évaluation « angélique » • Q 54 à 60, Q 123 et 128
Risque infectieux (TIAC, infections nosocomiales ...)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Arrêté du 19/05/1995 : méthode HACCP ■ Décret n° 97-1048 du 6/11/1997 	<ul style="list-style-type: none"> • Circulaire DHOS 2005-34 • Circulaire du 11/01/2005 • Guide pour l'auto-évaluation « angélique » • Q 124 à 125 Q122, Q126 • Guide de bonnes pratiques des soins en EHPAD

4 ANNEXES

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 code de l'action sociale et des familles : projet d'établissement ■ Article L 122-33 et R 122-12 du code du travail sur fiches de postes ■ Article L 932-1, L 933-1, et 122-12 du code du travail sur plan de formation ■ Article L 620-3 du code du travail sur registre du personnel ■ Article L 230-2 et R 230-1 du code du travail sur évaluation des risques professionnels 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Guide pour l'auto-évaluation « angélique » • Q 105 et Q 106
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 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Guide pour l'auto-évaluation « angélique » • Q 105, Q 107 à Q111
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 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Guide pour l'auto-évaluation « angélique » • Q 110-111
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 médecin coordonnateur 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Guide pour l'auto-évaluation « angélique » • Q 70 à 72, Q 105 à 106

4 ANNEXES

Types de risques	Principaux textes législatifs et réglementaires	Recommandations, guides, instructions
<p>Risque d'atteinte à la liberté – Non respect des habitudes</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Article L 311-3 à L 311-5 du code de l'action sociale et des familles : <ul style="list-style-type: none"> • L 311-3 : sur exercice des droits et libertés individuelles • L 311-4 : sur : <ul style="list-style-type: none"> • livret d'accueil • règlement de fonctionnement – R 311-33 à R 311-37 et contrat de séjour • - L 311-5 : sur personnes qualifiées – R 311 à R 312 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Guide pour l'auto-évaluation « angélique » <ul style="list-style-type: none"> • Q 3 à 5, • Q 12 à 32, • Q 70 à 72, • Q 105 à 106 ■ 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
<p>Risque de limitation de vie sociale pour la personne</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Article L 311-6 du code de l'action social et des famille sur conseil de la vie sociale et D 311-3 à D 311-32 ■ Charte des droits et libertés individuelles : arrêté du 8/09/2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personnes accueillie 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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 ■ Guide pour l'auto-évaluation « angélique » <ul style="list-style-type: none"> • Q 46 à 53

4.2 Pour en savoir plus

1. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation 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'Évaluation 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 : Éditions d'organisation ; 2000
4. Caillard JF, Gehanno JF. L'évaluation des risques professionnels, une démarche de progrès pour l'hôpital. Gestions hospitalières, n° 421, 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. Édition 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 - Édition 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. Étude 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/html/dossiers/iatrogene/intro.htm>
11. Ministère de la santé, de la famille, des personnes handicapés. Circulaire DHOS/ E2/E4 N° 176 du 29 mars 2004 parue au Bulletin officiel n° 2004-18

4 ANNEXES

12. Ministère de la santé, de la famille, des personnes handicapés. 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 handicapés. DHOS. Sécurité sanitaire dans les établissements de santé : réglementation applicable. Édition 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 handicapés. 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. Éditions 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 : Éditions Weka ; mars 2003
17. Tabuteau Didier. La sécurité sanitaire. Édition Berger Levrault, mai 2002
18. Quenon J.-L, Gautier R. Du risque à la gestion des risques. Techniques hospitalières, 2000, n° 652, 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 al. How to investigate and analyse clinical incidents : clinical risk and association of litigation and risk management protocol. BMJ 2000 ; 320(7237) ; 777-781

Liste des participants

Animation du groupe de travail

- Bertrand BUFFON : **Conseiller technique** auprès de Madame Vautrin
- Amélie CHARRETIER : **DGAS**, chargée de mission maltraitance, bureau de la protection des personnes

Participants :

- | | |
|------------------------|---|
| • Isabelle BARGES | FNACPPA |
| • Aouda BOUALAM | DDASS des Bouches du Rhône |
| • Florence BUIS | SYNERPA |
| • Frédérique CHADEL | DGAS |
| • Pascal CHAMPVERT | ADEHPA |
| • Jean DAVY | FNADEPA |
| • Isabelle DESGOUTE | FEHAP |
| • Anne-Marie DUROCHER | CHU Lille |
| • Odile DOUCET | DDASS de la Sarthe |
| • Christiane FROISSART | Centre de Cure Médicale d'Ambazac (87) |
| • Violette GARCIA | DHOS |
| • Colette GUILLAUMIN | DRASS Auvergne |

- | | |
|------------------|--------------------|
| • Isabelle HENON | ADESSA |
| • Paloma MORENO | UNASSAD |
| • Robert MOULIAS | ALMA France |
| • Xavier NOAL | FHF |
| • Anne RENOUX | FNAAS |
| • Zaynab RIET | FHF |
| • Alain VILLEZ | UNIOPSS |
| • Roger VIRAUD | ADEHPA |

Personnes auditionnées :

- | | |
|--------------------|-------------|
| • Evelyne MORVAN | INRS |
| • Martine FRANCOIS | INRS |