



**ENSP**

ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

**RENNES**

---

**Directeur d'établissement  
sanitaire et social public  
Promotion 2006**

---

**INITIER UNE POLITIQUE GLOBALE DE GESTION  
DES RISQUES EN EHPAD**

**L'EXEMPLE DE LA RÉSIDENCE DE L'YZE DE CORPS NUDES (35)**

**Sophie ROUVILLOIS**

---

# Remerciements

---

**A Michel QUENEC'H DE QUIVILIC**, directeur de la Résidence de l'Yze à CORPS NUDES, pour l'accueil qu'il m'a réservé au cours de ces huit mois de stage, pour la confiance qu'il m'a témoignée et pour son accompagnement tout au long de mes travaux.

**A l'ensemble des membres du personnel de la Résidence de l'Yze**, pour l'aide et l'investissement donnés tout au long de mon stage.

**À l'ensemble des directeurs et des directeurs stagiaires** des quatre autres établissements engagés dans la démarche, pour leur participation à la conduite de ce projet.

**A l'ensemble des personnes contactées** dans le cadre de ce mémoire, pour leur disponibilité.

**A Patrice ROUSSEL**, enseignant chercheur à l'École Nationale de la Santé Publique, pour ses conseils méthodologiques.

**A Jean**, pour ses conseils avisés et son soutien permanent.

---

# Sommaire

---

<b>1 LA GESTION DES RISQUES EN EHPAD : ENJEUX ET DERIVES D'UN CONCEPT INDUSTRIEL.....</b>	<b>5</b>
<b>1.1 La gestion des risques : de la naissance du concept à son application en EHPAD .....</b>	<b>5</b>
1.1.1 De la notion de risque au concept de gestion des risques.....	5
1.1.2 La mise en place nécessaire d'une politique de gestion des risques .....	8
<b>1.2 Les enjeux multiples de la mise en place d'une politique globale de gestion des risques en EHPAD .....</b>	<b>12</b>
1.2.1 Améliorer la prévention des risques pour accroître la qualité .....	12
1.2.2 Prévenir les risques pour atténuer les engagements de responsabilité .....	15
1.2.3 Mettre en place une démarche de gestion des risques pour redéfinir les ressources.....	16
<b>1.3 Les dérives à éviter .....</b>	<b>19</b>
1.3.1 Des pratiques sécuritaires.....	19
1.3.2 Un engagement purement formel .....	21
<b>2 LA GESTION DES RISQUES AU SEIN DE LA RESIDENCE DE L'YZE : QUELS MOYENS POUR SA MISE EN OEUVRE ?.....</b>	<b>23</b>
<b>2.1 L'état des lieux de la politique de gestion des risques à la Résidence de l'Yze.....</b>	<b>23</b>
2.1.1 Présentation de l'établissement.....	23
2.1.2 La politique de gestion des risques au sein de la Résidence .....	24
<b>2.2 Les freins à la mise en place d'une politique globale de gestion des risques.....</b>	<b>28</b>
2.2.1 La taille et la nature de la structure.....	28
2.2.2 La résistance des professionnels.....	28
2.2.3 L'insuffisance des moyens alloués .....	30
<b>2.3 Les leviers à la mise en place d'une politique globale de gestion des risques.....</b>	<b>31</b>
2.3.1 Une culture de la qualité au sein de la Résidence de l'Yze .....	31
2.3.2 Des dispositifs préexistants et à venir.....	33
2.3.3 Les différents acteurs et partenaires de l'établissement .....	35

<b>3</b>	<b>LA DEMARCHE INITIEE A LA RESIDENCE DE L'YZE : LA CREATION D'UN DOCUMENT DE PREVENTION DES RISQUES EN EHPAD.....</b>	<b>37</b>
<b>3.1</b>	<b>La méthodologie choisie.....</b>	<b>37</b>
3.1.1	Un travail en réseau .....	37
3.1.2	Un travail nourri de différents entretiens et réunions .....	38
3.1.3	L'élaboration d'un document.....	39
<b>3.2</b>	<b>Les différentes étapes nécessaires à l'élaboration du document.....</b>	<b>40</b>
3.2.1	Les préalables indispensables au lancement de la démarche .....	40
3.2.2	L'identification et l'analyse des risques existants.....	42
3.2.3	La hiérarchisation des risques .....	44
3.2.4	La réalisation d'un programme d'actions.....	46
<b>3.3</b>	<b>Les préconisations nécessaires pour poursuivre la démarche.....</b>	<b>47</b>
3.3.1	L'évaluation de la démarche.....	47
3.3.2	L'évolution de l'outil créé .....	49
3.3.3	L'approfondissement de la démarche .....	53
	<b>Bibliographie .....</b>	<b>57</b>
	<b>Liste des annexes .....</b>	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

AMDEC : Analyse des Modes de Défaillance, de leurs Effets et de leur Criticité  
ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé  
ANGELIQUE : Application Nationale pour Guider une Évaluation Labellisée Interne de la Qualité par les Usagers des Établissements  
APA : Allocation Personnalisée à l'Autonomie  
ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation  
AS : Aide-Soignant  
CAA : Cour Administrative d'Appel  
CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles  
CE : Conseil d'Etat  
CSP : Code de la Santé Publique  
DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins  
DREES : Direction des Études, de l'Évaluation et des Statistiques  
EHPAD : Etablissement Hébergeant des Personnes Âgées Dépendantes  
ENSP : Ecole Nationale de la Santé Publique  
ETP : Equivalent Temps Plein  
GCS : Groupement de Coopération Sanitaire  
GCSMS : Groupement de Coopération Sociale et Médico-sociale  
GIR : Groupe Iso Ressources  
GIR 7 : Groupement Inter établissements de Réflexion  
GMP : Gir Moyen Pondéré  
HACCP : Hazard Analysis Control Critical Point  
HAS : Haute Autorité de Santé  
IDE : Infirmier Diplômé d'Etat  
RABC : Risk Analysis Bio Contamination  
SHAM : Société Hospitalière des Assurances Mutuelles

## INTRODUCTION

La perception du risque au sein de la société a connu de nettes évolutions ces dernières années, en accordant à la notion de sécurité une place de premier plan.

Alors que la prise de risque individuelle est valorisée, toute prise de risque collective est dénoncée. Cette nouvelle exigence du « risque zéro » s'illustre, notamment, par le principe de précaution qui impose, à tout décideur public ou privé, de s'astreindre à une action ou de s'y refuser, en fonction du risque potentiel. Cette inacceptabilité sociale du risque s'est accompagnée d'une augmentation sensible des actions en justice et des condamnations, entraînant des incidences sur la réglementation.

Le secteur de la santé n'a pas échappé à ces évolutions sociétales qui remettent en cause, à la fois la gestion des établissements, les organisations, les pratiques et les expériences professionnelles. Les différentes crises sanitaires, notamment, l'affaire du sang contaminé et l'affaire des hormones de croissance, ont révélé les défaillances du système et ont conforté ces exigences. Différents textes législatifs ont ainsi consacré le nouveau concept de sécurité sanitaire<sup>1</sup> et sont venus renforcer les droits des patients<sup>2</sup>. Mieux informés sur les thérapies et sur les pratiques, les usagers du système de santé sont devenus plus critiques et tendent désormais à adopter un comportement de client, en formulant des exigences de sécurité et d'amélioration des conditions d'accueil. Cette tendance a progressivement été prise en compte avec l'apparition des représentants des usagers au sein des différentes instances. Elle a également été renforcée par le regroupement des patients et de leurs défenseurs au sein d'associations. Les médias ont, eux aussi, contribué à la consolidation de ces évolutions, en se faisant les relais de tout dysfonctionnement de l'institution hospitalière et de toute erreur médicale<sup>3</sup>.

Dans ce contexte, les établissements de santé sont aujourd'hui confrontés à un véritable défi passant par la mise en place d'une politique globale de gestion des risques<sup>4</sup>, afin de rendre

---

<sup>1</sup> Loi n° 98-535 du 1<sup>er</sup> juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme.

<sup>2</sup> Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ; différentes chartes ont également été adoptées pour mettre en avant ces droits : la charte du patient hospitalisé de 1995 remplacée par la charte de la personne hospitalisée de 2006 et la charte des droits et libertés de la personne accueillie du 8 septembre 2003.

<sup>3</sup> On peut citer, par exemple, les classements des hôpitaux établis régulièrement par certains magazines : le dernier en date, *Le point*, jeudi 1<sup>er</sup> juin 2006, n° 1759, 172 p.

<sup>4</sup> Circulaire du 29 mars 2004 relative aux recommandations pour la mise en place d'un programme de gestion des risques dans les établissements de santé.

l'ensemble des risques acceptable. La gestion des risques vise, en effet, à « concilier la prise de risque avec la maîtrise des dangers qui l'accompagnent. Elle consiste à définir la meilleure stratégie de prévention ou de gestion de leurs conséquences par la mise en place d'actions appropriées»<sup>5</sup>. Introduire une telle politique au sein d'un établissement permet ainsi, à son directeur, d'insuffler une dynamique de changement des fonctionnements et des organisations. Elle représente une nouvelle occasion de réfléchir à l'organisation de l'institution, aux pratiques professionnelles et à la qualité de la prise en charge délivrée aux patients. Ce défi est d'autant plus important que les établissements de santé présentent un contexte spécifique. Ils sont, en effet, reconnus comme des lieux de soins, des lieux de soulagement des maux, d'aide aux actes de la vie courante et sont, dans le même temps, confrontés à de nombreux dangers tenant, tant à leurs activités de soins qu'à leur caractère de lieu public. Ces dangers sont multiples et menacent les patients, le personnel et les visiteurs. Plusieurs facteurs expliquent la multiplicité des risques au sein des établissements de santé : des activités multiples et variées, des activités à forte composante humaine, une connaissance du risque difficile ou encore un glissement de tâches entre les différentes catégories professionnelles.

Les établissements sanitaires et sociaux et, plus particulièrement, les Établissements Hébergeant des Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), n'échappent pas à cette situation et sont eux-mêmes confrontés à un nombre important de risques. Certes, ces établissements sont nettement moins médicalisés que les établissements de santé et présentent donc moins de risques liés aux activités de soins ; cependant, des études<sup>6</sup> montrent qu'en réalité seulement 10% des sinistres déclarés sont liés à l'acte de soins lui-même. La majorité des sinistres (85%) est liée à l'organisation des processus. Ce qui montre que la problématique est tout à fait transposable aux EHPAD. Les problèmes d'organisation, liés, à titre d'exemple, à la distribution des médicaments dans ces établissements, le démontrent. Le circuit du médicament en EHPAD est à l'origine de nombreuses erreurs susceptibles d'engendrer des contentieux<sup>7</sup>. De plus, plusieurs études<sup>8</sup> ont démontré que

---

<sup>5</sup> Définition du manuel d'accréditation de 1999.

<sup>6</sup> Statistiques de la Société Hospitalière des Assurances Mutuelles tirées de l'article suivant : POUILLAIN I., LESPY F. *Gestion des risques : guide pratique à l'usage des cadres de santé* Éditions Lamarre, 2002. 139 p.

<sup>7</sup> Par exemple : Tribunal correctionnel de Pau, 16 septembre 2004, décision de fermeture d'un EHPAD liée notamment à des dysfonctionnements dans le stockage, la préparation et à la distribution des médicaments.

<sup>8</sup> DREES. Les événements indésirables graves liés aux soins observés dans les établissements de santé, *Études et Résultats*, n° 398, Mai 2005 et l'enquête ENEIS (enquête nationale sur les

l'âge était un facteur déterminant dans la survenance des événements indésirables. En effet, si les événements indésirables portent sur l'ensemble des activités des établissements de santé, ils touchent essentiellement les patients les plus fragiles, plus âgés que la moyenne. De multiples démarches en matière de gestion des risques ont donc été entreprises dans ces établissements : mise en place de la méthode HACCP<sup>9</sup>, instauration d'un document unique relatif à la santé et à la sécurité des travailleurs<sup>10</sup>, création du carnet sanitaire<sup>11</sup> et du registre de sécurité<sup>12</sup>, mise en oeuvre du plan bleu<sup>13</sup> ... Mais, le plus souvent, ces démarches sont thématiques et s'intéressent principalement aux risques réglementés. La démarche de gestion de risques est donc généralement éclatée et sa maîtrise n'en est que plus difficile.

Dans ce contexte il apparaît que les établissements sanitaires et sociaux, en particulier les EHPAD, ne peuvent assurer l'innocuité totale des soins et de la prise en charge qu'ils délivrent. Il leur revient donc de gérer, autant que possible, les risques auxquels ils exposent les résidents, les familles et leurs personnels.

Fortement impliquée dans la voie de l'amélioration de la qualité, soucieuse d'assurer un accueil et des prestations destinés à satisfaire le résident, la Résidence de l'Yze a souhaité se doter d'un outil de prévention et de gestion des risques. Cette démarche a pour objectif d'affirmer la nécessaire maîtrise des processus afin de lutter, de la manière la plus efficace possible, contre les risques et d'optimiser la qualité des prestations offertes au résident. J'ai donc été chargée, durant mon stage de professionnalisation, de créer cet outil et de sensibiliser le personnel de l'établissement à la culture de la gestion des risques. Ce projet a été, pour moi, riche d'enseignements tant il est systémique et transversal et permet d'aborder toutes les dimensions d'une institution. Cependant, la temporalité de mon stage, relativement courte en comparaison à celle d'un tel projet, a nécessité un passage de relais entre l'équipe de direction et moi-même, afin d'assurer la continuité et la poursuite de la démarche. Une évaluation de l'état de la politique de gestion des risques, au sein de la

---

événements indésirables liés aux soins) de 2005 qui montre que l'âge est un facteur aggravant du nombre d'événements indésirables liés aux médicaments.

<sup>9</sup> Hazard Analysis Control Critical Point.

<sup>10</sup> Décret n° 2001-1016 du 5 novembre 2001 et sa circulaire d'application du 18 avril 2002.

<sup>11</sup> Circulaire n° DGS/VS 98-771 du 31 décembre 1998 relative à la mise en oeuvre de bonnes pratiques d'entretien des réseaux d'eau dans les établissements de santé.

<sup>12</sup> Article L.620-6 du Code du travail et circulaire DRT n° 90-16 du 27 juillet 1996 relative aux registres et affiches obligatoires.

<sup>13</sup> Circulaire DGAS/2C n° 2005-207 du 4 mars 2005 relative aux personnes âgées et handicapées, dispositifs pour prévenir les conséquences d'une canicule en 2005.

Résidence de l'Yze, et différents entretiens m'ont permis de dresser le diagnostic de la situation de l'établissement en la matière et les grandes lignes d'une telle politique. La gestion des risques au sein de la structure s'est révélée éclatée, dépourvue de suivi et de coordination. Le directeur m'a donc chargée de remédier à cette situation.

Dès lors, quels sont les enjeux de la mise en place d'une politique globale de gestion des risques dans les EHPAD ? Quels sont les leviers et les limites à son instauration ? Comment la mettre en œuvre et comment la pérenniser ?

Après avoir étudié les concepts de risque et de gestion des risques, leurs origines, leurs évolutions, leurs enjeux (I), il conviendra d'analyser la problématique spécifique au terrain de stage (II) pour enfin décrire la démarche initiée (III).

# 1 LA GESTION DES RISQUES EN EHPAD : ENJEUX ET DERIVES D'UN CONCEPT INDUSTRIEL

Né dans le secteur de l'assurance et de l'industrie, le concept de gestion des risques s'étend désormais à toutes les sphères de la société et, notamment, au secteur de la santé où il soulève des enjeux multiples.

## 1.1 La gestion des risques : de la naissance du concept à son application en EHPAD

Après avoir étudié les concepts de risque et de gestion des risques, il conviendra d'analyser la manière dont la gestion des risques s'est imposée dans les établissements de santé et comment, aujourd'hui, elle peut sembler nécessaire dans les EHPAD.

### 1.1.1 De la notion de risque au concept de gestion des risques

Des évolutions sociétales ont conduit au développement rapide de la gestion des risques. Pour mieux cerner la notion de gestion des risques, il convient tout d'abord de définir le concept de risque.

A) Le risque : l'évolution d'une notion complexe

#### a) *Une notion aux définitions multiples*

La notion de risque se révèle complexe et peut être appréhendée de façon différente selon les domaines et les spécialités. Ainsi, le risque présentera une signification différente pour le juriste, pour l'assureur, pour l'entrepreneur ou encore, pour le professionnel de santé.

Dans le secteur sanitaire, « le risque peut être défini comme la probabilité de survenue d'un événement indésirable causant un préjudice à un patient. Il correspond à une situation non souhaitée, ayant des conséquences négatives résultant de la survenue d'un ou de plusieurs événements, dont l'occurrence est incertaine<sup>14</sup> ».

Quelle que soit la définition retenue, il est indispensable de distinguer la notion de risque de celle de danger. Le danger est une propriété intrinsèque d'une substance dangereuse ou d'une situation physique de pouvoir provoquer des dommages pour la santé humaine et/ou l'environnement. Le risque est la probabilité qu'un effet spécifique se produise dans une

---

<sup>14</sup> Définition de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (aujourd'hui Haute Autorité de Santé).

période donnée ou dans des circonstances déterminées. Par conséquent, le risque lié à un danger est le produit des dommages causés par ce danger par la probabilité qu'ils se produisent.

*b) La dimension sociétale du risque*

La notion de risque date des premiers échanges maritimes internationaux qui offraient la condition nécessaire du risque, à savoir, l'aventure, l'entrée dans l'inconnu. Ils impliquaient l'existence d'un sujet qui décide et fait des choix.

Le risque est construit socialement. Sa construction repose sur l'établissement de normes spécifiques. Dans le monde moderne, il est difficile d'éviter tous les risques. Le risque fait partie de vie ; il est présent dans toute activité humaine. La prise de risque est liée à la recherche d'un bénéfice dans l'activité réalisée. Elle peut accroître la performance.

Mais si tous les risques ne peuvent être évités, il est nécessaire de déterminer quels sont ceux qu'il faut accepter de prendre et selon quelles conditions. Il ne s'agit donc pas de faire disparaître le risque mais de le rendre acceptable. L'acceptabilité du risque est une composante subjective qui varie selon les acteurs et les circonstances. Plusieurs paramètres la conditionnent : la gravité, l'évitabilité, les efforts de prévention, le caractère choisi ou subi du risque, l'information délivrée ...

Pour rendre les risques acceptables, il est nécessaire de construire une démarche de gestion globale des risques.

**B) La gestion des risques : l'avènement d'un concept pluridimensionnel**

*a) Les dimensions multiples de la gestion des risques*

A l'heure actuelle, il n'existe pas de consensus autour de la définition de la gestion des risques en établissement de santé. Selon la définition donnée par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES), la démarche de gestion des risques « vise à concilier la prise de risque avec la maîtrise des dangers qui l'accompagnent. Elle consiste à définir la meilleure stratégie de prévention ou de gestion de leurs conséquences, par la mise en place d'actions d'amélioration appropriées »<sup>15</sup>.

Quelle que soit la définition retenue, la démarche de gestion des risques combine deux approches. Une approche préventive, tout d'abord, qui identifie *a priori* les événements indésirables par l'analyse du système et de ses dangers. Elle comprend l'identification des

---

<sup>15</sup> Manuel d'accréditation Février 1999 mis à jour en 2003.

situations dangereuses et des vulnérabilités de l'établissement, puis, la mise en place d'actions de prévention et le suivi de leur efficacité. Une approche réactive, ensuite, qui s'intéresse *a posteriori* aux événements indésirables survenus et avérés. Elle vise à limiter les conséquences dommageables de ces événements par la mise en place d'actions correctives.

Toute démarche de gestion des risques nécessite la prise en compte de quatre dimensions, mises en avant par SM. SHORTELL, théoricien des organisations :

- une dimension culturelle : la mise en place d'une telle politique au sein d'un établissement doit passer par l'instauration d'un nouvel état d'esprit ; la survenue d'un accident ne doit plus être perçue seulement comme une erreur humaine individuelle mais comme une succession d'évènements où les facteurs humains, techniques et organisationnels se conjuguent ;
- une dimension stratégique : sa conduite met les décideurs face à des choix d'organisation ;
- une dimension structurelle : elle implique une démarche systémique, transversale et pluridisciplinaire ;
- et une dimension technique : elle passe par une succession d'étapes<sup>16</sup> faisant appel à des outils et des méthodes spécifiques.

Toute démarche de gestion des risques permet, ainsi, d'instaurer un système de défense en profondeur<sup>17</sup> : par l'identification des défaillances patentes et latentes conduisant à l'accident, il est possible de mettre en évidence les mesures préventives destinées à diminuer, voire à éliminer, les risques induits par le fonctionnement de la structure.

#### *b) D'un concept industriel à une démarche sanitaire*

La notion de gestion des risques est née dans le monde industriel. Elle représentait alors un ensemble d'instruments et de méthodes permettant la mesure des vulnérabilités physiques ou financières d'un établissement.

Cette notion s'est ensuite développée à d'autres sphères de la société et, notamment, à celle de la santé. La gestion des risques, dans le secteur de la santé, est tout d'abord apparue aux États Unis dans les années 1950, afin de diminuer le risque de mise en cause des responsabilités des professionnels et, ce faisant, le nombre d'actions en dommages intérêts et le coût des assurances pour négligences médicales. Les programmes de *risk*

---

<sup>16</sup> Ces différentes étapes seront détaillées dans la troisième partie de ce mémoire.

<sup>17</sup> Système mis en exergue par J. REASON.

*management*, initialement centrés sur les soins et la pratique en milieu hospitalier, se sont ensuite étendus à l'ensemble des événements indésirables. A l'origine, l'incitation principale à la mise en place d'une telle politique est venue des sociétés d'assurance qui, devant l'évolution de la jurisprudence favorable au patient, relevèrent le niveau des primes. Jusqu'à la fin des années 1980, la gestion des risques est restée indépendante de toute démarche qualité et de toute procédure d'accréditation. Elle était assimilable à une gestion de contentieux. A la fin des années 1980, cette approche a évolué vers un effort de réduction et de prévention des risques, indépendamment de leur probabilité de conduire à un contentieux. La gestion des risques s'attache désormais de plus en plus à identifier et à traiter les causes profondes des risques, et ce, quelle que soit leur nature. La réflexion sur l'amélioration de la qualité des soins est peu à peu intégrée à cette démarche. Aujourd'hui, la législation de nombreux États fédérés et les assureurs exigent la mise en place de systèmes de gestion des risques.

En France, la gestion des risques est née avec les ordonnances du 24 avril 1996<sup>18</sup> faisant obligation aux établissements de santé de s'engager dans des démarches d'amélioration de la qualité et de la sécurité au travers de la démarche d'accréditation. La Haute Autorité de Santé (HAS) est désormais amenée à évaluer les dispositifs mis en place par les établissements en matière de vigilances et de sécurité transfusionnelle (référentiel VST), de prévention et de surveillance des infections nosocomiales (SPI) mais aussi de qualité et de prévention des risques (QPR). La loi du 1<sup>er</sup> juillet 1998<sup>19</sup> a, ensuite, mis en place un système de veille et de sécurité sanitaire ayant pour mission d'anticiper, surveiller, alerter, agir et évaluer.

En France, la gestion des risques s'est donc progressivement imposée dans le secteur de la santé. Il convient aujourd'hui de s'interroger sur son éventuelle application au secteur sanitaire et social.

### **1.1.2 La mise en place nécessaire d'une politique de gestion des risques**

Le retentissement médiatique d'affaires, telles que l'affaire des hémophiles contaminés, a considérablement accru la vigilance du public et des assureurs et a rendu propice et nécessaire le développement d'une démarche de gestion des risques dans les

---

<sup>18</sup> Ordonnance n° 96-345 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins et ordonnance n° 96-346 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

<sup>19</sup> Loi n° 98-535 relative au renforcement de la vielle sanitaire et au contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme.

établissements de santé. Faut-il désormais étendre ce développement aux établissements médico-sociaux et, plus particulièrement, aux EHPAD ?

A) La gestion des risques : une politique initiée dans les établissements de santé

La mise en place d'une démarche de gestion des risques s'est progressivement imposée aux établissements de santé. Plusieurs raisons expliquent ce phénomène.

a) *Un contexte réglementaire propice*

De nombreux textes incitent les établissements de santé à mettre en place une démarche de gestion des risques.

L'idée d'une gestion des risques dans les établissements de santé est apparue au travers de l'ordonnance du 24 avril 1996<sup>20</sup> et de la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1998 qui ont consacré le concept de sécurité sanitaire. Le terme de sécurité sanitaire désigne « la sécurité des personnes contre les risques thérapeutiques de toute nature, risques liés au choix thérapeutique, aux actes de prévention, de diagnostic ou de soins, à l'usage des biens et produits de santé comme aux interventions et décisions des autorités sanitaires »<sup>21</sup>. Ces textes, ont mis en place une nouvelle organisation, autour des vigilances sanitaires (pharmacovigilance<sup>22</sup>, hémovigilance<sup>23</sup>, matériovigilance<sup>24</sup>, biovigilance<sup>25</sup>...). Des correspondants, chargés de déclarer les événements indésirables liés à l'utilisation de certains produits de santé et, de modifier les pratiques potentiellement dangereuses, ont été nommés. Ces textes ont inscrit la qualité et la sécurité parmi les objectifs primordiaux des hôpitaux.

Ces deux objectifs ont été repris par l'ANAES dans son manuel d'accréditation<sup>26</sup>, qui incite fortement ces établissements à mettre en place une politique de prévention des risques, notamment, par le biais du référentiel « Qualité et Prévention des Risques ». L'ANAES a d'ailleurs publié en 2003 un guide relatif aux « principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissement de santé ».

---

<sup>20</sup> Ordonnance n°96-346 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

<sup>21</sup> Définition de D. TABUTEAU dans *Entreprise et Santé*, n°14, avril 1998 p 22.

<sup>22</sup> Ensemble des procédures organisées de surveillance des effets indésirables consécutives à la prise de médicaments ou d'un produit à usage humain.

<sup>23</sup> Recueil et évaluation des informations sur les effets inattendus ou indésirables résultant de l'utilisation thérapeutique des produits sanguins labiles, prévention de leur apparition.

<sup>24</sup> Surveillance de tout incident ou risque d'incident lié à l'utilisation de dispositif médical lors d'activités de soins.

<sup>25</sup> Système de surveillance depuis le prélèvement d'organes, de tissus ou de cellules jusqu'au suivi des patients transplantés.

<sup>26</sup> Manuel de février 1999.

En 2004, la DHOS<sup>27</sup> a également diffusé des « recommandations pour la mise en place d'un programme de gestion des risques dans les établissements de santé », explicitées par une circulaire du 29 mars 2004<sup>28</sup>.

*b) Des objectifs multiples*

La mise en place d'une démarche de gestion des risques par les établissements de santé poursuit différents objectifs :

- diminuer le nombre d'événements entraînant des conséquences fâcheuses pour l'usager, sa famille et le personnel ; ces événements sont aujourd'hui devenus relativement importants du fait de la technicité des soins dispensés en établissement de santé ;
- diminuer le nombre de plaintes et, lorsqu'il y a plainte, en diminuer les conséquences pour l'établissement ;
- diminuer les conséquences humaines, matérielles et financières de la réalisation des risques pour l'établissement.

De plus, les établissements de santé sont aujourd'hui confrontés à un véritable problème d'assurabilité. Ce problème s'explique par une hausse de la sinistralité<sup>29</sup>, elle-même liée à trois évolutions :

- d'une part, l'augmentation du nombre de sinistres déclarés : cette augmentation s'explique par la technicité des soins, qui n'a cessé de croître, et par le changement de comportement des usagers du système de santé qui n'hésitent plus à déposer une plainte lorsqu'ils sont victimes d'un sinistre ;
- d'autre part, l'augmentation des indemnités allouées par le juge administratif aux victimes de ces sinistres ; ce dernier s'est aligné sur les montants alloués par le juge judiciaire ;
- enfin, une évolution jurisprudentielle favorable aux intérêts du patient par le biais, du développement du principe de responsabilité sans faute<sup>30</sup> et de la notion de présomption de faute<sup>31</sup>.

---

<sup>27</sup> Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins.

<sup>28</sup> Circulaire DHOS/E2/E4 n°176 relative aux recommandations pour la mise en place d'un programme de gestion des risques dans les établissements de santé.

<sup>29</sup> Le terme de sinistralité est issu du monde des assurances ; il désigne à la fois le coût et la fréquence des sinistres évalués par les compagnies d'assurance.

<sup>30</sup> CAA de Lyon 21 décembre 1990, GOMEZ.

<sup>31</sup> CE 9 décembre 1988, COHEN.

Cette hausse de la sinistralité a entraîné un désengagement du marché par les compagnies d'assurance, une augmentation du montant des primes d'assurance et des garanties moindres. Désormais, la seule pratique de couverture des risques par l'assurance ne suffit plus. Il est donc indispensable que les établissements de santé s'engagent dans une démarche de prévention des risques. La SHAM<sup>32</sup> a d'ailleurs lancé, depuis 1996, un programme destiné à aider les établissements hospitaliers, qui le désirent, à mieux gérer les risques.

Mais la mise en place d'une démarche de gestion des risques est également liée à la volonté d'amélioration continue de la qualité, démarche qui touche également les EHPAD.

B) La gestion des risques : vers une application de la gestion globale des risques en EHPAD ?

Les différentes recommandations parues en matière de gestion globale des risques<sup>33</sup> ne concernent pas les EHPAD. Ces derniers ne sont pas non plus confrontés à des problèmes d'assurabilité identiques à ceux des établissements de santé. Cependant, différents éléments mettent en exergue la nécessité de mettre en place une telle politique en EHPAD.

a) *Une réglementation sectorisée*

Il existe déjà de nombreux textes en matière de gestion des risques destinés, entre autre, aux EHPAD. On peut citer, à titre d'exemple, l'arrêté du 29 septembre 1997<sup>34</sup> visant à mettre en place la méthode HACCP dans l'organisation des cuisines de ces établissements, ou encore, le décret du 5 novembre 2001<sup>35</sup> relatif à l'obligation réglementaire d'évaluation annuelle des risques professionnels. D'autres domaines font également l'objet d'une réglementation abondante. C'est le cas, notamment, de la prévention du risque de légionelle<sup>36</sup> ou encore de la sécurité incendie<sup>37</sup>.

---

<sup>32</sup> Société hospitalière des assurances mutuelles.

<sup>33</sup> Manuel d'accréditation de 1999 mis à jour en 2003, recommandations de l'ANAES de 2003, recommandations de la DHOS de 2004.

<sup>34</sup> Arrêté fixant les conditions d'hygiène applicables dans les établissements de restauration collective à caractère social.

<sup>35</sup> Décret portant création d'un document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs.

<sup>36</sup> Circulaire n°2005-493 du 28 octobre 2005 relative à la prévention des risques liés aux légionelles dans les établissements sociaux et médico-sociaux d'hébergement pour personnes âgées.

<sup>37</sup> Décret n°73-1007 du 31 octobre 1973 relatif à la protection contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public.

La mise en place d'une démarche globale de gestion des risques en EHPAD permettrait de coordonner l'ensemble de ces actions, de déssectoriser la prévention des risques et d'instaurer, au sein de ces établissements, une véritable culture de la gestion des risques.

*b) Une diminution des évènements indésirables*

Si les EHPAD ne connaissent pas aujourd'hui de problèmes d'assurabilité semblables à ceux établissements de santé, il n'en demeure pas moins qu'ils restent confrontés à la survenance d'un nombre, relativement important, d'évènements indésirables, aux conséquences, plus ou moins dramatiques. Les chutes, fugues et évènements liés au circuit du médicament tels que, l'erreur de distribution, sont, sans doute, les évènements indésirables les plus fréquents dans ces établissements. Aussi, pour prévenir tout risque de contentieux, les EHPAD ont intérêt à instaurer, en leur sein, une démarche globale de prévention des risques.

Si la mise en place d'une politique de gestion globale des risques apparaît nécessaire dans les EHPAD, il convient d'en délimiter plus précisément les enjeux.

## **1.2 Les enjeux multiples de la mise en place d'une politique globale de gestion des risques en EHPAD**

Mettre en place une gestion globale des risques en EHPAD peut apporter des bénéfices significatifs pour l'établissement dans de multiples domaines.

### **1.2.1 Améliorer la prévention des risques pour accroître la qualité**

La mise en place d'une politique globale de gestion des risques agit inévitablement sur la qualité des services assurés par l'établissement. En effet, la gestion des risques et, par la même, l'amélioration de la sécurité, sont indissociables d'une démarche d'amélioration continue de la qualité. « La sécurité est une des dimensions majeures de la qualité des soins et correspond à une des attentes principales des patients vis-à-vis du système de santé »<sup>38</sup>. Cependant, toute démarche de gestion des risques présente des aspects spécifiques.

A) La gestion des risques, pendant indissociable de la qualité

*a) Deux notions complémentaires*

Associer le risque à la qualité n'est peut être pas le premier réflexe d'un gestionnaire. Le risque est synonyme de contentieux, de prime d'assurance, la qualité de marketing, de satisfaction de la clientèle. Deux domaines a priori indépendants. Cependant, le fait que la

---

<sup>38</sup> Manuel d'accréditation février 1999 p.11.

qualité augmente, lorsque le risque diminue, doit nous faire réfléchir au lien entre ces deux notions. Gestion des risques et qualité sont, en effet, deux concepts à associer.

La qualité constitue un ensemble de caractéristiques d'une entité qui lui confèrent l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés ou implicites. « L'amélioration de la qualité a pour raison d'être la satisfaction du client et de ses besoins. L'enjeu de cette démarche est d'organiser l'établissement transversalement pour répondre à ses besoins »<sup>39</sup>.

La gestion des risques est une dimension de la qualité. L'ANAES, dans son manuel d'accréditation<sup>40</sup>, associe d'ailleurs les deux concepts. Ce manuel comporte une partie dédiée à « la qualité et à la prévention » dans laquelle on peut trouver le référentiel « gestion de la qualité et prévention des risques ». Ces deux démarches poursuivent un objectif commun. « La gestion de la qualité et la prévention des risques visent », toutes deux, « à mettre en place, au sein de l'établissement, un système opérationnel comprenant l'ensemble des moyens humains, techniques et organisationnels pour répondre aux besoins des patients, améliorer la qualité des prestations, assurer la continuité des soins et prévenir les risques liés au processus de soins ». Gestion des risques et démarche d'amélioration de la qualité impliquent donc une organisation transversale de l'établissement.

Ainsi, en mettant en place une politique de gestion des risques, les établissements peuvent espérer accroître le niveau de qualité de la prise en charge des résidents. Parallèlement, la démarche d'amélioration continue de la qualité représente une stratégie efficace d'amélioration de la sécurité.

#### *b) Des logiques similaires*

Les démarches de gestion des risques et d'amélioration continue de la qualité présentent des logiques comparables.

Elles s'appuient, tout d'abord, sur des méthodes et des outils proches, voire analogues. On peut citer, à titre d'exemple, l'analyse des processus, qui consiste à identifier, analyser et formaliser un processus<sup>41</sup> afin d'effectuer les modifications démontrées comme nécessaires et de maîtriser le processus en se donnant les moyens de mesurer et de repérer ses évolutions ; ou encore la résolution de problème qui consiste à choisir un problème et son effet à étudier, à en déterminer les causes probables et les causes réelles, à chercher les solutions envisageables, à les mettre en place et à suivre leur efficacité.

---

<sup>39</sup> Définition du manuel d'accréditation de 1999.

<sup>40</sup> Manuel d'accréditation février 1999 mis à jour en 2003.

<sup>41</sup> Un processus se définit comme un ensemble d'activités corrélées ou interactives qui transforme des éléments d'entrée en éléments de sorties (ISO 9000).

Elles présentent des facteurs de réussite identiques, à savoir : la définition claire de la politique menée, l'engagement du management au plus haut niveau, la définition des responsabilités ou encore l'introduction d'une dynamique de changement culturel.

#### B) La gestion des risques, des aspects spécifiques

Malgré des points de rencontres indéniables entre les deux démarches, la gestion des risques présente des aspects spécifiques qu'il est nécessaire de mettre en exergue.

Il est important, tout d'abord, de souligner la place accordée au facteur humain dans ce type de démarche. Ce facteur constitue le point d'ancrage du changement culturel à impulser au sein de tout établissement s'engageant dans une telle politique.

De plus, si la gestion des risques présente des méthodes, pour la plupart, similaires à celles de la démarche d'amélioration continue de la qualité, elle fait appel, parfois, à des outils spécifiques. A titre d'exemple, on peut citer la méthode du retour d'expérience qui est, à la fois, une méthode d'identification a posteriori des risques et une valorisation de l'expérience acquise par l'établissement et ses acteurs. Elle s'intéresse à l'organisation et à la collecte d'informations, à la gestion et à l'analyse de ces informations, nécessaires à la mise en place d'actions correctives. On peut également évoquer le système de défense en profondeur<sup>42</sup> qui passe par l'identification des risques inhérents à un système<sup>43</sup> et par la mise en place de barrières afin de protéger du danger les cibles potentielles (personnes, biens, environnement).

Enfin, la gestion des risques présente un lien indéniable avec la gestion de crise. « La crise est une situation qui menace les priorités de l'organisation en surprenant les décideurs, en restreignant leur temps de réaction et en générant du stress »<sup>44</sup>. Il est nécessaire d'anticiper la crise par une période de préparation et de mobilisation des acteurs. La gestion des risques constitue une des étapes essentielles à cette période de préparation.

Si la gestion des risques présente des enjeux importants en termes de qualité, elle laisse supposer également des gains significatifs en matière de responsabilité, tant pour les professionnels de santé que pour les établissements.

---

<sup>42</sup> Outil développé par J. REASON.

<sup>43</sup> Un système peut être défini comme un ensemble d'éléments en interaction dynamique en fonction d'un but (De Rosnay 1975).

<sup>44</sup> GUEZ P. *La gestion des risques*, formation dispensée par l'ENSP, octobre 2005.

## 1.2.2 Prévenir les risques pour atténuer les engagements de responsabilité

Le nombre d'affaires et l'attention qui leur est portée ne cessent de croître. Plusieurs facteurs expliquent cette évolution et démontrent la place déterminante d'une politique globale de gestion des risques au sein des établissements sanitaires et sociaux.

A) Les causes actuelles du développement de la responsabilité<sup>45</sup>

L'évolution du comportement des trois parties prenantes d'un procès (victimes, professionnels, magistrats) explique, en grande partie, la place prise actuellement par les questions de responsabilité, dans le secteur médico-social.

a) *Les victimes*

Le sentiment d'insécurité et le désir d'indemnisation des victimes sont les premiers facteurs de l'évolution de leur comportement. « La société estime, en effet, de plus en plus que toute victime d'un dommage doit être indemnisée ». Cette évolution n'est pas sans susciter des dérives et conduit, parfois, au phénomène dit, de victimisation. L'attrait de l'argent est alors la cause essentielle de l'engagement de la responsabilité, de la structure ou du professionnel. De plus, les victimes, parties civiles, ont aujourd'hui de plus en plus de poids. Elles bénéficient, en effet, le plus souvent du soutien de la presse ou d'associations spécialisées. Enfin, la justice a de plus en plus tendance à prendre à cœur la prise en charge des victimes.

b) *Les professionnels*

L'augmentation sensible des cas d'engagement de la responsabilité des professionnels et des établissements est liée au progrès, à la technicité et à la professionnalisation. « Plus une activité se professionnalise, plus la prestation se normalise et le dommage doit nécessairement et logiquement résulter d'une faute ». Dès lors, plus le secteur sanitaire et social se technicise et plus la responsabilité des acteurs de ce secteur est susceptible d'être engagée.

c) *La place du droit et le rôle des magistrats*

L'action médico-sociale « est saisie par le droit ». « Au regard des usagers, toutes les lois récentes<sup>46</sup> [...] sont des lois de judiciarisation des rapports entre les professionnels et les

---

<sup>45</sup> LHUILLIER JM. La responsabilité des professionnels de l'action sociale : responsabilité pénale, responsabilités administrative et civile. *Actualités Sociales Hebdomadaires*, 9 décembre 2005, n° 2433 supplément, 73 p.

<sup>46</sup> Notamment la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 et la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002.

usagers ». Le droit endosse donc, progressivement, un rôle de « mode de régulation des rapports personnels ».

Notons, enfin, que différentes évolutions juridiques (nouvelles incriminations pénales, responsabilité pénale des personnes morales ...) et jurisprudentielles (responsabilité pour faute présumée, responsabilité sans faute ...) ont ouvert de nouvelles voies à la mise en causes de la responsabilité des professionnels et des établissements.

#### B) Le rôle de la gestion globale des risques dans ce contexte

Toutes ces évolutions soulignent l'importance de diminuer, autant que possible, les circonstances propices à l'engagement des responsabilités des professionnels et des établissements. Pour cela, la mise en œuvre d'une démarche de gestion des risques occupe une place de premier ordre. Cette dernière recouvre, en effet, des actions d'anticipation, visant à éviter ou à réduire les risques, c'est-à-dire, à la fois à réduire la survenance des événements indésirables et à atténuer les dommages concernant les résidents, les personnels, les visiteurs ou les biens.

Par extension, la mise en place d'une telle démarche peut donc entraîner une diminution de la fréquence des plaintes et donc, une diminution des cas d'engagement de la responsabilité de l'établissement ou des professionnels.

Parallèlement, cette politique vise à redéfinir les ressources.

### **1.2.3 Mettre en place une démarche de gestion des risques pour redéfinir les ressources**

La mise en place d'une démarche de prévention et de gestion des risques peut être l'occasion de redéfinir les ressources financières et humaines de l'établissement.

#### A) Amoindrir les coûts financiers liés aux événements indésirables

La survenue d'un événement indésirable peut entraîner des coûts financiers, directement liés à l'évènement en lui-même, mais peut aussi avoir des répercussions financières indirectes.

##### *a) Les coûts financiers directs*

La réalisation d'évènements indésirables est susceptible d'engendrer des coûts financiers directs générés par :

- les mesures prises pour supprimer ou limiter les conséquences de ces événements ;
- l'engagement probable de contentieux destinés à obtenir réparation des préjudices subis et à mettre en cause la responsabilité de l'auteur de la faute à l'origine du préjudice.

Un programme opérationnel de gestion des risques suppose des moyens matériels et humains. Il présente donc également un coût financier qui peut se traduire, par des temps de réunion, le financement de formations spécifiques ou encore le financement d'un poste de gestionnaire des risques. Cet investissement augmente, à court terme, le coût global des risques puisque, les premiers effets de réduction des risques seront différés de plusieurs mois. Il va s'agir, pour les établissements, d'optimiser ces coûts afin qu'ils soient rapidement inférieurs aux coûts générés par la réalisation d'événements indésirables.

Cependant, la maîtrise des risques repose plus sur des comportements et des méthodes que sur des investissements matériels. Le frein, lié aux coûts financiers directs, peut donc, dans une large part, être relativisé.

Outre les coûts financiers directs, l'absence de démarche globale de gestion des risques peut entraîner, pour les établissements, des coûts indirects.

#### *b) Les coûts indirects*

Les coûts indirects liés à l'absence de démarche globale de gestion des risques peuvent revêtir différents aspects.

En effet, la mise en place d'une politique globale de gestion des risques permet, tout d'abord, d'assurer une meilleure traçabilité des actions entreprises par les établissements, en matière de gestion des risques. Elle permet, ainsi, de mettre en exergue le niveau de sécurité et, par là même, le niveau de qualité de la prise en charge des résidents au sein des structures. Elle contribue donc à développer une image positive de l'établissement à l'extérieur.

L'instauration d'une telle démarche peut également entraîner une baisse du coût des contrats d'assurance des établissements. En effet, plus la sinistralité d'un établissement est faible, plus les sociétés d'assurance ont la possibilité de réduire leurs tarifs. Cette baisse peut représenter des montants significatifs pour l'établissement, notamment en ce qui concerne les assurances relatives aux risques du personnel.

Ces coûts peuvent également se traduire en termes de masse salariale.

#### **B) Redéfinir les ressources humaines de l'établissement**

De la mise en place d'une politique globale de gestion des risques, l'établissement peut espérer des gains significatifs en termes de masse salariale. Cette politique représente également l'occasion d'un engagement et d'une mobilisation forte du personnel.

a) *Diminuer la masse salariale*

Les gains suscités par la mise en place d'une politique globale de gestion des risques en termes de masse salariale résultent, avant tout, de la mise en place du document unique pour la santé et la sécurité des travailleurs.

En effet, en menant une politique de prévention des risques professionnels, l'établissement peut obtenir une baisse significative de l'absentéisme, des maladies et des accidents professionnels. Cette baisse peut entraîner des gains financiers, puisque l'appel à du personnel extérieur n'est plus nécessaire.

Parallèlement, la mise en place d'une telle démarche engendre un coût pour l'établissement en termes de masse salariale. En effet, pour optimiser la mise en œuvre de cette politique, l'établissement doit sans cesse associer le personnel aux différentes étapes constitutives de la démarche. Il est donc nécessaire de mettre en place une organisation de travail permettant de dégager du temps de travail consacré à l'instauration de ces différentes actions.

b) *Un travail pluridisciplinaire*

La mise en œuvre d'une démarche de gestion des risques doit résulter d'une politique concertée.

Pour mener à bien une telle démarche, il est nécessaire d'avoir une approche pluridisciplinaire afin de décloisonner la gestion des risques. Le législateur a en effet, tendance à occulter l'approche globale des risques et à lui préférer, une approche éclatée. Ainsi, une multitude de textes interviennent pour encadrer des risques spécifiques. Le défi d'une démarche globale de prévention des risques est d'engager un travail de concertation entre les différents professionnels intervenant dans l'établissement, et de leur faire adopter une culture commune de gestion des risques.

De plus, une telle politique nécessite l'expertise de l'ensemble des membres du personnel tant la cartographie des risques<sup>47</sup>, au sein d'un établissement, peut être variée. Les connaissances et les compétences de chacun devront être mobilisées.

Enfin, l'approche globale de la prise en charge des résidents en EHPAD implique, nécessairement, une approche pluridisciplinaire du risque.

S'il est indispensable que cette démarche résulte d'un travail pluriprofessionnel, il n'en demeure pas moins que chacun doit avoir un rôle et des responsabilités définis.

---

<sup>47</sup> Annexe n° 3 : l'exemple de la cartographie des risques de la Résidence de l'Yze.

### c) *La redéfinition des rôles et des responsabilités de chacun*

La mise en place d'une démarche de gestion des risques permet une redéfinition des rôles et des responsabilités de chacun. Il est, en effet, nécessaire, dans ce type de démarche, de préciser le rôle des différents acteurs dans le programme de gestion des risques et de s'assurer que ces derniers travaillent en synergie.

La mise en œuvre d'une démarche de gestion des risques nécessite une structuration relativement précise de la fonction de gestion des risques. Ainsi, il s'agit de définir : un groupe de projet, des groupes de travail et une cellule ou un référent gestion des risques.

Si la mise en place d'une politique globale de gestion des risques en EHPAD présente de multiples enjeux, il est impératif d'éviter, dans sa mise en œuvre, certains écueils.

## **1.3 Les dérives à éviter**

Si la mise en place d'une politique globale de prévention des risques s'impose, aujourd'hui, aux différents établissements sanitaires et sociaux, elle doit être mise en place avec mesure.

### **1.3.1 Des pratiques sécuritaires**

Le souci d'écartier tout risque de mise en cause de la responsabilité professionnelle ne doit pas aboutir à une négation de la liberté, du droit au risque et au choix des personnes âgées. Chaque établissement doit assurer la protection des personnes prises en charge sans remettre en cause leurs libertés.

#### A) La liberté individuelle

La notion de liberté individuelle est au cœur du préambule de la Déclaration universelle des droits de l'homme<sup>48</sup>. Elle signifie « l'absence de soumission à une contrainte physique ou psychique, la faculté d'accomplir tel ou tel acte qui n'est ni interdit ni obligatoire ».

Cette notion apparaît également au sein de la Charte des droits et libertés de la personne accueillie<sup>49</sup> et de la Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante<sup>50</sup> sous différentes formes d'expression : la liberté d'aller et venir<sup>51</sup>, la liberté de conscience et de pratique religieuse, la liberté de choisir son mode de vie ...

---

<sup>48</sup> En date du 10 décembre 1948.

<sup>49</sup> Arrêté du 8 septembre 2003.

<sup>50</sup> Établie par la Commission droits et libertés des personnes âgées dépendantes de la Fondation Nationale de Gérontologie en 1987, modifiée en 1997.

<sup>51</sup> Conférence de consensus : Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligation de soins et de sécurité des 24 et 25 novembre 2004.

Ainsi, chaque établissement doit s'engager à respecter « les personnes âgées dans leurs libertés d'adulte et dans leur dignité d'être humain »<sup>52</sup>. Il doit garantir, à toute personne âgée, la liberté de choix et la possibilité de prendre la responsabilité de ses choix.

Parallèlement, chaque établissement est également tenu d'assurer la sécurité des personnes qu'il héberge.

#### B) La sécurité

La sécurité peut se définir comme « l'état dans lequel le risque de dommages corporels ou matériels est limité à un niveau acceptable »<sup>53</sup>. Chaque établissement est soumis, au-delà des obligations de sécurité imposées par les lois et les règlements, à une obligation générale de sécurité<sup>54</sup>.

La recherche de sécurité devient une pratique sécuritaire lorsque, pour se sécuriser, on vient à mettre en sécurité les autres. Ainsi, dans un établissement hébergeant des personnes âgées, cela peut se traduire par la contention, mise en place par les professionnels pour faire face au risque de chute ou de fugue. Cette altération du concept de sécurité s'explique, notamment, par la prolifération de la réglementation et par la multiplication des cas d'engagement de la responsabilité des établissements. Car, force est d'admettre, qu'en général, la liberté absolue de choix et de prise de risque s'arrête, pour les personnes âgées, là où commence la responsabilité éthique, morale et juridique des soignants.

Il est donc indispensable pour chaque établissement de concilier au mieux ces deux préoccupations : assurer la protection des personnes prises en charge et garantir leur liberté de choix.

#### C) La nécessaire conciliation des deux notions : le droit au risque

Le respect de la personne âgée et de sa liberté suppose un risque assumé. Si l'on veut reconnaître la personne âgée comme un citoyen parmi d'autres, il est essentiel de renoncer

---

<sup>52</sup> Article XIV de la Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante.

<sup>53</sup> Définition norme ISO 8402.

<sup>54</sup> Cette obligation est « une obligation autonome, détachée de tout texte spécifique », JM LHUILLIER, *La responsabilité civile, administrative et pénale dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux*, éditions ENSP, 2000, p 206.

à une sécurité optimale. « La personne âgée doit pouvoir profiter de l'autonomie permise par ses capacités physiques et mentales, même au prix d'un certain risque»<sup>55</sup>.

Si la gestion des risques ne doit pas être poursuivie dans un unique but de sécurité optimale, elle ne doit pas non plus être poursuivie dans la seule intention de répondre à une simple recommandation.

### **1.3.2 Un engagement purement formel**

La mise en place d'une démarche de prévention et de gestion globale des risques doit passer par un engagement permanent de la direction de l'établissement et par une remise en cause et une évaluation constante du dispositif mis en place.

#### **A) La création d'un outil sans engagement de la direction**

L'instauration, au sein d'un établissement, d'une démarche de gestion des risques, nécessite un engagement constant de la direction.

Pour se faire, il est essentiel que cette dernière initie la démarche et affirme l'importance de la gestion des risques dans la politique de l'institution, par le biais, par exemple, de l'inscription de cet objectif au projet d'établissement.

Il lui revient également d'assurer la coordination de la démarche pour permettre son déploiement sur l'ensemble des secteurs d'activité. En effet, la mise en place d'une telle politique engendre des changements importants en termes d'organisation et de management. L'engagement de la direction doit donc se situer en amont de la démarche mais, également, tout au long du processus.

Pour assurer la pérennité de la démarche, il est également indispensable de prévoir un procédé d'évaluation du dispositif permettant son évolution constante.

#### **B) La création d'un outil sans évaluation et sans évolution**

Tout dispositif créé doit être réévalué pour permettre la pérennité de son utilisation. Le dispositif de gestion des risques n'échappe pas à cette règle.

Des actions d'évaluations (indicateurs, audits, enquêtes ...) doivent donc être menées régulièrement pour apprécier, d'une part, le niveau de risque dans l'établissement et, d'autre part, le degré de satisfaction du résident, du personnel et des visiteurs.

---

<sup>55</sup> Fondation Nationale de Gérontologie, Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante, 1987 modifiée en 1997.

D'autres actions d'évaluation du programme de gestion des risques doivent être conduites afin de, s'assurer de son effectivité, de détecter les changements et de s'y adapter. Pour cela, il est nécessaire de mettre en place des standards qui définissent une performance acceptable, de les comparer aux résultats obtenus et de corriger les postes où les résultats n'atteignent pas ces standards.

Toute démarche globale de prévention des risques menée sans définition de procédés d'évaluation serait vouée à l'échec. L'absence de dynamique d'évaluation et d'évolution laisserait le dispositif lettre morte.

Si la mise en place d'une démarche globale de prévention des risques semble désormais nécessaire dans les EHPAD, il convient de délimiter la problématique dans laquelle la Résidence de l'Yze, terrain de stage, s'inscrit.

## **2 LA GESTION DES RISQUES AU SEIN DE LA RESIDENCE DE L'YZE : QUELS MOYENS POUR SA MISE EN OEUVRE ?**

Il s'agit ici de décrire le contexte propre à la Résidence de l'Yze afin d'identifier les freins et les leviers à l'instauration d'une dynamique de gestion globale des risques.

### **2.1 L'état des lieux de la politique de gestion des risques à la Résidence de l'Yze**

La Résidence de l'Yze est un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes où la gestion des risques se révèle éclatée, dépourvue de suivi et de coordination.

#### **2.1.1 Présentation de l'établissement**

La Résidence de l'Yze est un EHPAD de taille moyenne assurant différentes activités. Le directeur de cet établissement est membre d'une association de directeurs.

##### **A) Ses activités**

La Résidence de l'Yze est une maison de retraite publique autonome relevant de la loi du 2 janvier 2002<sup>56</sup>. Situé en Ille et Vilaine, l'établissement dispose d'une capacité d'accueil de 56 chambres individuelles.

Il reçoit des personnes âgées de plus de 60 ans, autonomes ou en perte d'autonomie, nécessitant une surveillance médicale.

Trois modes d'hébergement sont proposés :

- l'accueil de jour (de 8h à 20h) ;
- le séjour temporaire (de 1 jour à 3 mois) ;
- le séjour long (plus de 3 mois) qui constitue l'activité principale de l'établissement.

La Résidence accueille une population majoritairement féminine<sup>57</sup> dont l'âge moyen est de 86 ans.

Le tableau des effectifs affiche un équivalent temps plein total de 28,05. Le nombre d'agents travaillant dans l'établissement s'élève à 32 personnes, dont 23 personnes titulaires et stagiaires, 5 personnes sous contrats à durée indéterminée et 4 sous contrats à durée déterminée.

---

<sup>56</sup> Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale.

<sup>57</sup> 85%.

L'établissement s'est fixé la mission suivante : « la maison de retraite de CORPS-NUDS est une résidence médicalisée, qui se veut ouverte sur l'extérieur et, qui propose aux personnes âgées accueillies, les règles de vie suivantes : la liberté, la responsabilité, l'écoute et le respect »<sup>58</sup>.

#### B) Son environnement

Le directeur de la Résidence de l'Yze est membre de l'association GIR 7, groupement inter établissements de réflexion du département d'Ille et Vilaine. Il en est le président.

GIR 7 est une association de directeurs d'EHPAD publics autonomes. Il constitue un groupe de réflexion et de discussion qui a, pour objectif, de faire bénéficier l'ensemble des personnes âgées de prestations de qualité et, de faire progresser la prise en charge gériatrique. Sa finalité est d'apporter une valeur ajoutée aux actions et aux projets de chacun de ses adhérents.

La mission du GIR 7 est d'améliorer l'efficacité de la gestion des établissements en optimisant et en adaptant les moyens dans une perspective de complémentarité. Ses membres développent une réflexion et des actions communes et harmonisées. Ils peuvent ainsi mutualiser leurs moyens, afin de mener à bien leurs différents projets. Cette faculté présente un atout considérable pour des établissements de taille modeste qui ne bénéficient pas toujours, en leur sein, des structures nécessaires pour les mener à bien.

Le projet de mise en place d'une politique globale de prévention des risques au sein de la Résidence de l'Yze illustre précisément cette idée. En effet, au sein de l'établissement, l'instauration d'une telle démarche s'avérait, dans un premier temps, difficile compte tenu du contexte propre à la structure.

### **2.1.2 La politique de gestion des risques au sein de la Résidence**

Préalablement au lancement du projet, il est indispensable, de faire un diagnostic de la politique de gestion des risques au sein de l'établissement. En effet, il n'y a pas de démarche de gestion des risques sans mesure. Se référer à un standard rend la démarche dynamique et lui donne du sens.

#### A) La méthodologie choisie pour le diagnostic de la politique de gestion des risques

Un diagnostic se définit comme un jugement porté sur une situation, sur un état, après en avoir dégagé les traits essentiels.

---

<sup>58</sup> Mission déterminée par le projet de vie de la Résidence de l'Yze.

Pour faire le diagnostic de la politique de gestion des risques au sein de l'établissement, quatre approches étaient envisageables :

- une évaluation par comparaison à un référentiel ;
- une évaluation par une approche processus ;
- une évaluation par problème ;
- une évaluation par indicateur.

Le choix a porté sur une évaluation par comparaison à un référentiel. En effet, il s'agissait, en la matière, d'évaluer une politique générale et non un processus ou une situation problématique. Ce référentiel pouvait être construit spécifiquement pour la situation en présence ou s'inspirer de modèles préexistants. Il a été décidé, par souci de simplicité, d'utiliser le référentiel construit par la HAS en la matière, à savoir le référentiel « Qualité et prévention des risques ». Ce référentiel « apprécie comment, l'établissement de santé améliore en continu son organisation et ses pratiques afin, d'optimiser la qualité de la prise en charge des patients. Il apprécie également, comment l'établissement prévient la survenue de dysfonctionnements ou de risques ». La deuxième partie de ce référentiel a constitué le point de départ du travail envisagé.

La partie de ce référentiel afférente à la gestion des risques est constituée des références 4 et 5.

- *QPR - Référence 4*

***Un programme de prévention des risques est en place.***

*QPR.4.a. Les informations disponibles relatives aux risques et aux événements indésirables sont rassemblées.*

*QPR.4.b. Un système de signalement des événements indésirables est en place.*

*QPR.4.c. Les événements indésirables sont analysés et les mesures d'amélioration utiles sont prises.*

*QPR.4.d. Les secteurs, pratiques, actes ou processus à risque sont identifiés et font l'objet d'actions prioritaires dans le programme de prévention des risques.*

*L'établissement peut avoir développé d'autres réponses pour atteindre l'objectif ; il lui appartient d'en faire état.*

- *QPR - Référence 5*

***L'efficacité du programme de gestion de la qualité et de prévention des risques est évaluée.***

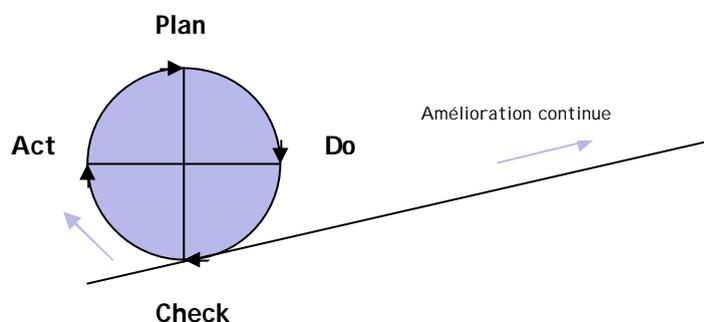
*QPR.5.a. L'efficacité du programme de gestion de la qualité est évaluée.*

*QPR.5.b. L'efficacité du programme de prévention des risques est évaluée.*

*QPR.5.c. Le fonctionnement du système de signalement des événements indésirables est évalué.*

*L'établissement peut avoir développé d'autres réponses pour atteindre l'objectif ; il lui appartient d'en faire état.*

Par l'utilisation de ce référentiel, l'établissement a donc fait le choix d'entrer dans la roue de Deming<sup>59</sup> par la porte de l'évaluation (Check).



60

Cette évaluation a permis de construire un diagnostic de la situation au sein de la Résidence pour, ensuite, passer à l'étape « Act » c'est-à-dire à la recherche des points d'amélioration.

#### B) Le diagnostic de la politique de gestion des risques

S'il s'avère qu'il existe bien, au sein de l'établissement, une gestion des risques sectorielle, aucune démarche globale de prévention des risques n'a été entreprise.

##### a) Une gestion des risques sectorisée

Au vu de ce diagnostic, il apparaît que la gestion des risques au sein de la Résidence de l'Yze est extrêmement sectorisée.

Diverses actions ont été entreprises dans des domaines bien spécifiques. Ainsi, par exemple, la méthode HACCP a été mise en œuvre dans le service restauration et la méthode RABC<sup>61</sup> dans le service buanderie. Ces deux procédés relèvent d'une logique similaire.

En effet, la méthode HACCP est une démarche d'assurance qualité permettant la maîtrise de la qualité des produits alimentaires. Elle garantit la sécurité et l'hygiène des denrées, à

---

<sup>59</sup> La roue de Deming est une illustration de la méthode qualité PDCA (Plan Do Check Act) ; son nom vient du statisticien Edwards DEMING (1900-1993). La méthode comporte quatre étapes, chacune entraînant l'autre et vise à établir un cercle vertueux. Sa mise en place doit permettre d'améliorer sans cesse la qualité de l'organisation.

<sup>60</sup> Représentation de la Roue de Deming. Plan : prévoir ; Do : réaliser ; Check : contrôler le travail ; Act : rechercher les points d'amélioration.

<sup>61</sup> Risk analysis bio contamination.

tous les niveaux de leur production en proposant, une méthodologie d'évaluation des risques associés. La méthode RABC, quant à elle, est un mode d'analyse des risques de contamination microbiologique du linge, afin de les maîtriser. Son objectif est de définir, mettre en place et faire évoluer un système de management, garantissant un niveau de qualité microbiologique convenu des textiles traités. Ces deux méthodes consistent donc à identifier les risques potentiels, à tous les maillons de la chaîne du processus étudié.

D'autres secteurs font l'objet de démarches de prévention des risques. On peut citer, à titre d'exemple, le domaine de la sécurité incendie où la prévention passe, notamment, par des contrôles techniques réguliers et par des formations annuelles ; ou encore le secteur de l'eau chaude sanitaire pour lequel la réglementation impose des analyses fréquentes.

En conséquence, chaque service de la Résidence organise la prévention et la gestion des risques afférentes à son secteur d'activités.

*b) Une absence de coordination et de suivi*

Du fait de la mise en place de ces actions par les professionnels de terrain, la gestion des risques, au sein de la Résidence de l'Yze, manque de stratégie et donc, de coordination et de suivi. Chaque professionnel est responsable de la gestion des risques de son secteur mais, une fois les diverses méthodes mises en place (HACCP, RABC...), rien ne garantit leur suivi et leur évolution. Cette organisation révèle un modèle de management traditionnel, hiérarchique et pyramidal c'est-à-dire une organisation par profession.

Il est donc nécessaire, voire indispensable, d'inscrire le procédé de gestion des risques comme un engagement de la direction et, d'en faire ainsi, une démarche globale par l'instauration d'un modèle systémique transversal.

Cependant, préalablement au lancement de la démarche, il est essentiel d'identifier les freins et les leviers à sa mise en place pour, ainsi, mieux cerner le contexte institutionnel. Cette identification a été permise grâce à l'observation du fonctionnement quotidien de l'établissement ainsi qu'aux différents entretiens menés avec des membres du personnel.

## **2.2 Les freins à la mise en place d'une politique globale de gestion des risques**

Une fois l'évaluation de la situation de l'établissement réalisée, il est nécessaire de cerner les freins potentiels à la mise en place de cette démarche.

### **2.2.1 La taille et la nature de la structure**

La Résidence de l'Yze est une structure médico-sociale d'une capacité de 56 chambres individuelles. Ces deux caractéristiques peuvent représenter des obstacles à l'instauration de la démarche.

#### **A) Des effectifs restreints<sup>62</sup>**

Le tableau des effectifs de l'établissement affiche un ETP<sup>63</sup> total de 28,05. Le nombre d'agents travaillant dans l'établissement s'élève à 32 personnes. Ce chiffre est relativement bas, ce qui se traduit, pour l'établissement, par une difficulté à allouer au personnel du temps spécifique à la poursuite d'un projet d'une telle ampleur. Ceci est d'autant plus difficile, si l'établissement souhaite mettre en place, parallèlement, un autre projet qui mobilise également le personnel.

#### **B) Des règles et des recommandations adressées aux seuls établissements de santé**

Les règles et les recommandations, existantes en la matière, s'adressent aux établissements de santé. A titre d'exemple, on peut citer les recommandations de la DHOS pour l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme de gestion des risques dans les établissements de santé<sup>64</sup> ou encore le guide de la gestion des risques en établissement de santé de l'ANAES<sup>65</sup>. Il s'agit donc, pour l'établissement, de s'inspirer de ces recommandations, tout en les adaptant à ses spécificités.

### **2.2.2 La résistance des professionnels**

Face à ce type de projet, les professionnels de l'établissement peuvent opposer une certaine résistance.

---

<sup>62</sup> L'établissement présente un ratio d'environ 0,50 par résident ce qui le situe en deçà de la moyenne nationale (0,57).

<sup>63</sup> Équivalent Temps Plein.

<sup>64</sup> Recommandations de 2004.

<sup>65</sup> Guide de janvier 2003.

#### A) La culture de la faute

La culture de la faute est encore très présente dans les structures sanitaires et sociales. La Résidence de l'Yze n'échappe pas à cette tendance. Les professionnels ont, en effet, une propension à assimiler l'erreur à la faute et hésitent, voire se refusent, à signaler un évènement indésirable. Or, la mise en place d'une démarche de prévention des risques repose sur une culture du signalement. Pour cela, il est donc nécessaire de dissocier, dans l'esprit des professionnels, la notion de signalement de la recherche d'un fautif. En effet, l'erreur n'est pas systématiquement synonyme de déviance mais peut être une condition de la performance. De plus, le plus souvent, les risques ne sont pas dus à une défaillance humaine individuelle mais sont le résultat de dysfonctionnements liés aux processus organisationnels de l'établissement. Il est donc capital d'instaurer, au sein de l'établissement, une culture positive de l'erreur où l'on recherche les causes d'un problème plutôt qu'un responsable.

#### B) La résistance aux changements

Le changement est présent partout dans la réflexion sur les organisations. Le changement organisationnel peut se définir comme un processus anticipé, planifié, collectif qui doit faire l'objet d'un apprentissage, d'une forme d'institution.

D'une manière générale, on a tendance à croire que les professionnels sont réticents à toute forme de changement de leurs pratiques professionnelles. Là encore, la Résidence de l'Yze ne fait pas exception. Il paraît de plus en plus difficile de mobiliser les équipes sur ce type de démarche tant elles sont sollicitées par un certain nombre de projets, impliquant inévitablement des changements à terme.

Cependant, cette idée de résistance au changement est à relativiser largement. D'une part, parce qu'en règle générale « cette résistance peut facilement être surmontée pour peu que l'on négocie d'une manière adéquate le changement »<sup>66</sup>. En effet, « tout le monde est prêt à changer rapidement s'il y trouve son compte mais en revanche, on résistera en fonction des risques encourus avec le changement »<sup>67</sup>. D'autre part, parce qu'au sein de la Résidence de l'Yze, les membres du personnel montrent une faculté à remettre sans cesse en question leurs pratiques professionnelles afin de toujours tendre vers une amélioration continue de la qualité des services proposés. Néanmoins, cette volonté est parfois freinée par la charge de travail du personnel qui s'accroît progressivement.

---

<sup>66</sup> DE KOUNINCK, Résister au changement : une attitude rationnelle, *Sciences Humaines*, Mars Avril, n° 28, pp. 28-30.

<sup>67</sup> H.MENDRAS et M.FORSE, *le changement social*, Armand Colin, 1983.

### C) La charge de travail

Il est difficile d'obtenir l'adhésion des professionnels sur ce type de projet du fait de l'importance de leur charge de travail quotidienne. L'accompagnement des résidents, dans une optique d'amélioration continue de la qualité, s'avère de plus en plus difficile en raison, principalement, de la dépendance accrue des nouveaux arrivants<sup>68</sup>. Il est donc inconcevable, pour l'équipe soignante, de voir sa charge de travail croître, ce qu'elle pense être nécessairement le cas face à ce type de projet.

Ces trois éléments expliquent la réticence que le personnel peut avoir face à ce genre de démarche. Les moyens alloués en la matière peuvent, également, représenter un frein à l'initiation d'une politique de prévention des risques à la Résidence de l'Yze.

### **2.2.3 L'insuffisance des moyens alloués**

Les moyens se définissent comme des ressources utilisées pour parvenir à un but. Ils peuvent, bien sûr, être financiers mais également humains, matériels...

#### A) Des niveaux de budgets inexistant

Les moyens financiers alloués spécifiquement à la poursuite d'une politique de gestion des risques sont inexistant. Il convient donc de mettre en place cette démarche à moyens constants, ou du moins, la première année. Cependant, l'établissement pourra, à l'occasion du renouvellement de sa convention tripartite, programmé avant la fin de l'année 2006, négocier de nouveaux crédits permettant, par exemple, de financer un temps partagé de gestionnaire des risques.

#### B) Des règles et des recommandations très générales

Il n'existe pas, à proprement parler, d'outil en matière de gestion des risques qui soit diffusé largement. Les seuls moyens existants sont des recommandations très générales, élaborées par la DHOS et la HAS, qui rappellent les grands principes à respecter en la matière. Il revient donc, à chaque établissement, d'assimiler ces principes et de construire les outils qui permettront d'assurer la mise en place et le suivi de la démarche.

Pour une structure de taille modeste, comme la Résidence de l'Yze, cela peut représenter un obstacle compte tenu du manque de personnes formées et expérimentées dans ce domaine.

Quelques exceptions sont néanmoins à souligner. Il existe, tout d'abord, un certain nombre d'exemples de fiches de signalement des événements indésirables permettant d'assurer la

---

<sup>68</sup> La Résidence de l'Yze a un GMP de 663 ; sur les quinze nouvelles admissions de 2005, neuf personnes ont un GIR compris entre 3 et 1.

remontée d'information nécessaire à la mise en place d'une démarche de prévention des risques<sup>69</sup>. De plus, la DHOS publie régulièrement un « référentiel sécurité sanitaire dans les établissements de santé »<sup>70</sup> dont l'objet est de recenser l'ensemble de la réglementation applicable à ces établissements. Un grand nombre de ces textes concernent également les EHPAD et nous ont aidé dans le recensement de la réglementation propre à chaque risque identifié<sup>71</sup>.

Cependant, si certains freins à la mise en place de cette démarche ont pu être identifiés au sein de la Résidence, il n'en demeure pas moins que celle-ci dispose de véritables atouts pouvant faciliter la mise en œuvre de ce projet.

## **2.3 Les leviers à la mise en place d'une politique globale de gestion des risques**

Trois leviers à la mise en place d'une politique de prévention des risques au sein de la Résidence de l'Yze ont pu être identifiés.

### **2.3.1 Une culture de la qualité au sein de la Résidence de l'Yze**

La culture de la qualité, présente au sein de l'établissement, constitue le premier levier à la mise en place de cette démarche. Elle s'illustre, notamment, par le référentiel d'autoévaluation propre à l'établissement, par son conventionnement tripartite et par l'instauration d'enquêtes de satisfaction auprès des résidents et des familles.

#### **A) Un référentiel d'évaluation et d'évolution de la qualité propre à l'établissement<sup>72</sup>**

Un référentiel d'évaluation et d'évolution de la qualité a été élaboré en 1999. Outil d'évaluation, ce référentiel doit permettre d'appréhender, à un moment donné, la qualité proposée pour la prise en charge des résidents ; outil d'évolution, il doit conduire à définir et planifier les diverses actions envisagées pour remédier aux faiblesses décelées.

Il comprend six chapitres : projet institutionnel, cadre de vie, admission/fin de séjour, vie quotidienne/vie sociale, soins, restauration. Chaque chapitre est constitué d'un certain nombre de fiches, chacune proposant six niveaux de qualité. Lorsque le niveau de qualité est égal ou inférieur à deux, la fiche est prioritairement traitée.

---

<sup>69</sup> Cf. la partie 3.3.3 de ce document.

<sup>70</sup> La dernière version date de juillet 2005.

<sup>71</sup> Cf. la partie 3.2 de ce document.

<sup>72</sup> L'évaluation interne des activités de chaque établissement est prévue par l'article 22 de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 codifié à l'article L.312-8 du CASF.

Ce référentiel permet de mener, chaque année, une évaluation interne des différents services proposés par l'établissement. Au vu des résultats, les évolutions d'une année sur l'autre sont enregistrées et un plan d'actions est élaboré. Ce plan permet de définir les actions qui doivent être prioritairement menées.

A noter également que, parallèlement à cette démarche interne, l'établissement a participé activement à différents groupes de travail constitués pour la réalisation d'un référentiel qualité propre au département d'Ille et Vilaine, référentiel qui a précédé la création d'ANGÉLIQUE<sup>73</sup>. La première version de ce référentiel date de janvier 2000, la deuxième version, et dernière en date, de mai 2006. C'est sur la base de ce référentiel que la convention tripartite a été signée.

B) Un conventionnement tripartite<sup>74</sup>, gage d'une démarche d'amélioration continue de la qualité

L'établissement a conventionné avec le Président du Conseil Général et le Préfet du département en 2001. Ce conventionnement a représenté une nouvelle occasion d'ouvrir une réflexion sur la qualité de la prise en charge des résidents. Il est intervenu rapidement après la réforme de la tarification. Les mécanismes et les fondements de cette réforme ont, en effet, été définis en 1999<sup>75</sup>. Cette réforme est basée sur cinq principes dont celui de la démarche qualité dans les établissements et celui de la mise en œuvre d'un partenariat à travers les conventions tripartites<sup>76</sup>. L'amélioration de la qualité des prestations prend la forme d'un projet d'établissement. Certains axes retenus figurent au sein de la convention. Les axes prioritaires de la Résidence de l'Yze au moment du conventionnement étaient :

- doter la Résidence de moyens suffisants en personnel pour maintenir et améliorer la qualité ;
- doter la Résidence de moyens suffisants en personnel pour répondre à la prescription principale de la commission de sécurité : doubler la présence du personnel de nuit.

---

<sup>73</sup> ANGÉLIQUE constitue le référentiel national.

<sup>74</sup> Ce conventionnement tripartite est prévu par l'article 20 de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 codifié à l'article L.312-6 du CASF.

<sup>75</sup> Par les décrets n° 99-316 et 99-317 du 26 avril 1996, par l'arrêté du 26 avril 1999 et par le décret du 4 mai 2001.

<sup>76</sup> Les trois autres principes sont : la transparence des coûts et des prises en charge, le renforcement des moyens médicaux et la solidarité envers les personnes âgées grâce à l'APA.

L'année suivante, l'établissement a poursuivi sa démarche d'amélioration continue de la qualité en créant un outil d'évaluation de la satisfaction de la clientèle.

C) La mise en place d'enquêtes de satisfaction auprès des résidents et des familles<sup>77</sup>

Un questionnaire de satisfaction des résidents et des familles a été élaboré en 2002. Il a fait suite au référentiel d'autoévaluation de l'établissement et suit la trame de ce dernier. Il permet à l'établissement de comparer son autoévaluation de la qualité à celle réalisée par les résidents et les familles. Ces résultats participent à la construction de nouveaux axes d'amélioration de la qualité des prestations.

Ces trois exemples démontrent la volonté de l'établissement de s'inscrire, de façon durable, dans une démarche d'amélioration de la qualité et, de sensibiliser l'ensemble du personnel à une culture de la qualité. Ils traduisent la faculté des professionnels de l'établissement à remettre en question leurs pratiques, pour offrir une prestation de plus grande qualité aux résidents. Cette culture présente un atout indéniable pour la mise en place d'une démarche de gestion des risques au sein de l'établissement. En effet, comme on a pu le voir précédemment<sup>78</sup>, la qualité et la gestion des risques font appel à des logiques et des méthodes similaires. Dès lors, le personnel de l'établissement est déjà sensibilisé, voire formé, à une partie de ces mécanismes. Cette sensibilisation s'est accrue avec l'apparition de dispositifs spécifiques.

### **2.3.2 Des dispositifs préexistants et à venir**

L'établissement est entré depuis quelques années, sous la pression des textes réglementaires, dans une démarche de gestion des risques éclatée. Quelques actions ont été entreprises dans des domaines spécifiques et constituent des leviers à la mise en place d'une politique globale de prévention des risques.

A) L'évaluation des risques professionnels

Le décret du 5 novembre 2001<sup>79</sup> et sa circulaire d'application du 18 avril 2002 prévoient la création, dans chaque établissement, d'un document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs. La Résidence a donc élaboré son propre document

---

<sup>77</sup> L'article 10 de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 codifié à l'article L.311-6 du CASF prévoit notamment la mise en place de formes de participation des usagers de l'établissement.

<sup>78</sup> Cf. la partie 1.2.1 de ce document.

<sup>79</sup> Décret n°2001-1016 portant création d'un document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs.

unique en 2004. Ce document comporte un inventaire des risques identifiés par service<sup>80</sup> et une analyse de chacun d'entre eux, un programme annuel de prévention ainsi que les protocoles correspondants. La construction de ce document a nécessité le respect de différentes étapes semblables à celles du dispositif de prévention des risques en EHPAD, à savoir : évaluer les risques, élaborer un plan d'actions, mettre en œuvre les actions et réévaluer la démarche.

Cette obligation réglementaire constitue une véritable opportunité managériale pour développer une culture de gestion des risques, au sein de l'établissement, avant d'étendre la démarche à l'ensemble des risques. En effet, pour la construction du document unique, le personnel a déjà été sensibilisé d'une part, à l'utilisation de certains outils et d'autre part, et avant tout, à l'utilité et à la nécessité de développer une démarche de prévention des risques dans l'établissement. Il en est de même pour la méthode HACCP.

#### B) La méthode HACCP en restauration

Comme on a pu le voir précédemment, la méthode HACCP est un système d'analyse des risques et de maîtrise des points critiques. A l'origine, cette méthode est une technique de contrôle sanitaire élaborée par une firme privée américaine à la demande de la NASA<sup>81</sup> et dont l'objectif est l'élimination de tout risque bactériologique, chimique et physique. Pour cela, la démarche consiste, par analyse des risques, à repérer les moments ou les opérations critiques, et à les éliminer ou à les contrôler. Cette méthode est devenue une norme et elle est maintenant imposée par des directives des autorités européennes pour l'hygiène alimentaire. La Résidence de l'Yze a donc mis en place ce dispositif au sein du service restauration en 1998.

La méthode HACCP est un mode de raisonnement générique qui peut être utilisé pour la construction d'un document relatif aux risques présents en EHPAD. Elle constitue donc un acquis méthodologique qui pourra être décliné pour la mise en place du projet. Les membres du personnel ayant participé à cette démarche sont des personnes ressources à intégrer dans les groupes de travail afin de faciliter l'assimilation de la méthodologie.

L'évaluation des risques professionnels et la méthode HACCP sont deux outils, déjà mis en place au sein de la Résidence, et qu'il est nécessaire de valoriser en tant que méthodes

---

<sup>80</sup> Les services identifiés sont : administration, soins de jours, soins de nuit, entretien, animation, restauration, lingerie.

<sup>81</sup> National Aeronautics and Space Administration.

transférables. Un dernier dispositif, pas encore mis en oeuvre, pourra, sans doute, constituer un levier à la mise en place d'une démarche de prévention des risques : l'évaluation externe.

### C) L'évaluation externe ?

L'évaluation externe des établissements sociaux et médico-sociaux a été instaurée par la loi du 2 janvier 2002<sup>82</sup> qui précise que « les établissements et services font procéder à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent par un organisme extérieur. Les organismes habilités doivent respecter un cahier des charges fixé par décret ». Ce cahier des charges n'a toujours pas été publié. Il est donc, sans doute, encore un peu tôt pour se prononcer sur le rôle que jouera cette évaluation externe dans la gestion des risques des établissements sociaux et médico-sociaux. Cependant, la certification joue, d'ores et déjà, pour les établissements de santé, un rôle de premier plan. En effet, le manuel d'accréditation comporte un référentiel « Qualité et prévention des risques » qui impose à chaque établissement le développement d'un programme de gestion globale et coordonnée des risques. Dès lors, on peut imaginer qu'à terme, l'évaluation externe représentera un levier à la mise en place d'une politique de prévention des risques au sein des établissements sanitaires et sociaux et viendra renforcer son assise.

Outre les différents dispositifs que l'on vient de décrire succinctement, la Résidence de l'Yze peut également s'appuyer sur le soutien de différents acteurs et partenaires.

### **2.3.3 Les différents acteurs et partenaires de l'établissement**

Si les résidents et les familles peuvent soutenir la mise en place d'une telle politique au sein de l'établissement, l'association de directeurs, GIR 7, peut représenter une opportunité de mutualisation des ressources des différents établissements membres.

#### A) Les résidents

Les personnes âgées entrent en institution de plus en plus tard, lorsque le maintien à domicile devient impossible et que l'institution représente l'unique solution. Dès lors, elles attendent des maisons de retraite la garantie de la sécurité qu'elles n'ont plus à domicile. Cette attente représente un levier à la mise en place d'une politique de prévention des risques auprès des professionnels de l'établissement. Il en est de même des attentes des familles.

---

<sup>82</sup> Article 22 de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 codifié à l'article L.312-8 du CASF.

## B) Les familles

La sécurité est un facteur déterminant dans l'entrée en institution, souvent invoquée par les familles pour la justifier. Ces dernières sont, en effet, de plus en plus demandeuses de sécurité pour leurs aînés. Un récent article du quotidien Ouest France<sup>83</sup> citait « l'exemple d'une femme qui souhaite marcher, mais que sa famille préfère voir collée à un fauteuil roulant, parce qu'elle est déjà tombée ». On pouvait y lire également : « les proches sont parfois surpris de voir qu'on laisse sortir seuls les résidents ». Si ces propos illustrent un besoin de sécurité excessif et pourraient être qualifiés de sécuritaires, il n'en demeure pas moins qu'ils témoignent d'une véritable attente des familles et des proches. Ces derniers représentent donc, également, un véritable appui à l'instauration d'une démarche de prévention des risques.

## C) L'association de directeurs

Le GIR 7 développe un certain nombre d'actions qui ont, pour objectif principal, de mutualiser les moyens de l'ensemble des établissements membres. Sur un projet, tel que l'instauration d'une démarche de prévention des risques, ce réseau représente un véritable atout pour la Résidence de l'Yze et permet de pallier certains freins identifiés précédemment.

S'il ne fait aucun doute que la Résidence de l'Yze possède les leviers nécessaires à la mise en place d'une politique globale de gestion des risques, il convient, désormais, de délimiter les modalités de mise en oeuvre de cette démarche.

---

<sup>83</sup> GUERIN B. Les maisons de retraite face au « tout sécurité ». *Ouest France*, 9 juin 2006.

### **3 LA DEMARCHE INITIEE A LA RESIDENCE DE L'YZE : LA CREATION D'UN DOCUMENT DE PREVENTION DES RISQUES EN EHPAD**

La décision de mettre en œuvre une démarche de gestion des risques au sein de l'établissement a été prise au vu des éléments résultant du diagnostic de la situation et des différents entretiens menés. Il convenait alors de déterminer les contours de cette démarche. Il m'a semblé que la création d'un outil permettant, une évaluation de la gestion des risques, au sein de l'établissement et, par la suite, une construction de plans d'actions, était la solution la plus appropriée. Pour ce faire, une méthodologie a été clairement choisie et définie, différents préalables ont été respectés, pour ainsi permettre l'élaboration du document, étape par étape. Néanmoins, pour assurer la pérennisation de la démarche, il est nécessaire d'envisager de nouvelles mesures.

#### **3.1 La méthodologie choisie**

En amont du lancement du projet, il a été convenu de travailler en coopération avec certains membres du GIR 7 pour la construction d'un outil de prévention des risques. Pour nourrir ce travail, j'ai été amenée à conduire différents entretiens et réunions.

##### **3.1.1 Un travail en réseau**

Un réseau de professionnels se définit comme un système de relations entre des acteurs, organisé autour d'une ou plusieurs finalités professionnelles et permettant un échange de ressources (informations, savoirs, outils, services ...)<sup>84</sup>.

###### **A) Les causes**

Le travail en réseau s'est imposé par le manque de ressources de la Résidence de l'Yze pour mener à bien, seule, ce projet. En effet, l'insuffisance de moyens de chaque établissement, tant en termes de temps qu'en termes financiers, constitue la principale justification à ce travail de coopération.

De plus, chaque établissement associé à ce projet, était animé par la volonté de créer un document qui, certes, corresponde à ses réalités, mais qui soit également adaptable à tous les EHPAD aux profils similaires (à savoir des établissements publics autonomes et d'une capacité d'accueil moyenne). En effet, l'outil réalisé par les représentants des cinq

---

<sup>84</sup> LE BORTEF G. *Travailler en réseau*. Éditions d'Organisation, 2004, p 4.

établissements, est destiné à l'ensemble des membres du GIR 7, soit, au total, seize établissements.

Un travail en collaboration avec quatre autres EHPAD d'Ille et Vilaine, appartenant également au GIR 7, s'est donc mis en place. Dès lors, j'ai été amenée à travailler en collaboration étroite avec les directeurs et les directeurs stagiaires de chacun de ces établissements. Cette collaboration a présenté des avantages incontestables mais a su, aussi parfois, trouver ses limites.

#### B) Les avantages et les limites

L'avantage d'un tel travail est avant de tout de pouvoir mutualiser ses réflexions sur la forme et le contenu de l'outil à créer. Cela permet d'avoir des échanges permanents sur le sujet et de se nourrir également des réalités des établissements voisins qui présentent les mêmes caractéristiques. Travailler à plusieurs engendre un avancement plus rapide du projet et, sur le temps qui m'était imparti pour cette mission, cet élément est loin d'être négligeable. Enfin, l'initiation d'une démarche en réseau en amont du projet peut laisser place, également, à la poursuite du travail en réseau en aval, c'est-à-dire pour l'actualisation du document et la veille juridique<sup>85</sup>.

Cependant, ce travail en réseau peut aussi aboutir à une sous productivité lorsqu'il se confronte aux logiques propres à chaque participant, qui peuvent parfois se heurter. Il faut donc les dépasser pour permettre l'avancement du projet. Néanmoins, les discussions sur certains points peuvent être longues et freiner la progression du projet. Il est alors essentiel de remobiliser l'ensemble des participants et avant tout de décider.

### **3.1.2 Un travail nourri de différents entretiens et réunions**

Pour mener à bien un tel projet, j'ai planifié des temps de rencontre entre différents professionnels, que ce soit par le biais de réunions ou d'entretiens.

#### A) Des réunions régulières

Différentes réunions ont été menées, entre les directeurs et les directeurs stagiaires des établissements participant au projet et, au sein de l'établissement, entre les différents professionnels mobilisés autour de cette démarche. Au total, plus d'une dizaine de réunions se sont tenues et ont permis de mener à bien la réalisation de ce document.

Des entretiens m'ont également permis de recueillir certaines informations nécessaires à l'enrichissement de mon travail.

---

<sup>85</sup> Cette hypothèse sera envisagée dans la partie 3.3.2 de ce document.

## B) Des entretiens menés avec différentes catégories professionnelles

Plusieurs entretiens m'ont permis de recueillir le point de vue de différentes catégories professionnelles : aides soignants, infirmiers, gestionnaires des risques, directeurs. Pour réaliser ces entretiens, j'ai construit un guide d'entretien<sup>86</sup>.

Je me suis, dans un premier temps, entretenue avec une aide-soignante et un infirmier de l'établissement. Ces deux entretiens m'ont, notamment, permis d'identifier les leviers et les freins à la mise en place de ce projet dans l'institution.

Dans un second temps, j'ai orienté mes entretiens vers des directeurs d'EHPAD. Ces entretiens ont contribué à cerner l'ensemble des enjeux et limites d'un tel projet.

Puis, j'ai eu l'occasion de rencontrer deux gestionnaires des risques, l'un rattaché à un centre hospitalier régional universitaire, l'autre à un centre hospitalier. Ces deux entretiens m'ont permis d'envisager, de façon plus précise, certaines méthodologies et certains outils nécessaires à la construction du document envisagé. Ils ont également été l'occasion de découvrir un métier relativement nouveau dans le secteur de la santé et qui, pour le moment, est peu présent au sein des EHPAD.

Enfin, j'ai pu bénéficier des conseils méthodologiques, dans la conduite de ce projet, d'un enseignant-chercheur de l'ENSP. Ces conseils m'ont permis d'appréhender l'ensemble des outils nécessaires à la construction du document envisagé.

### 3.1.3 L'élaboration d'un document

Nous avons choisi d'initier la démarche de prévention des risques dans l'établissement par le biais de la création d'un outil. Nous avons donc décidé de constituer un document relatif à la prévention des risques en EHPAD portant sur l'ensemble des risques présents au sein de ces établissements<sup>87</sup>. Pour se faire, nous nous sommes inspirés de la présentation des documents relatifs à la santé et à la sécurité des travailleurs. Nous avons, tout d'abord, défini l'architecture du document que nous voulions créer. Nous avons fait le choix de le diviser en quatre parties : institution, résidents, personnel, commun. Les trois premières parties regroupent les risques spécifiques au type de population envisagé. La quatrième partie recense l'ensemble des risques communs à ces trois types de population. Chaque risque est ensuite présenté sous forme de fiches ayant pour items : la définition du risque, ses causes et ses conséquences éventuelles, les mesures de prévention et la réglementation afférentes à ce risque. Une échelle de cotation permet de hiérarchiser l'ensemble des risques afin de définir des priorités d'actions. Ces priorités sont définies au travers de plan d'actions.

---

<sup>86</sup> Ce guide figure en annexe n° 1 de ce document.

<sup>87</sup> Ce document s'intitule « Prévention des risques en EHPAD - Sécurité pour les résidents, le personnel et les visiteurs ».

Pour aboutir à un tel document, il a été nécessaire de respecter scrupuleusement différentes étapes.

### **3.2 Les différentes étapes nécessaires à l'élaboration du document**

Avant d'envisager les étapes successivement menées, il était indispensable de s'assurer de la réalisation de certains pré requis.

#### **3.2.1 Les préalables indispensables au lancement de la démarche**

En amont du lancement de la démarche, deux préalables paraissaient essentiels : d'une part, affirmer l'engagement de la direction dans ce projet, d'autre part, mobiliser les moyens nécessaires à sa mise en place.

##### **A) L'engagement de la direction**

Le développement d'un programme de prévention des risques est une démarche qui s'inscrit dans un processus à moyen terme d'amélioration des performances. Pour se situer à un niveau institutionnel et être acceptée, elle doit se construire avec l'adhésion de l'encadrement. La Résidence de l'Yze a donc affirmé, par le biais de la direction, sa détermination à entrer dans cette démarche.

La direction a, en effet, présenté le projet de mise en place d'une politique de prévention des risques lors de l'assemblée générale du personnel début décembre 2005. Elle a ainsi affirmé sa volonté de s'inscrire dans ce type de politique. Ce projet a été présenté sous la forme d'une « fiche projet » qui permettait de synthétiser les points principaux de la démarche<sup>88</sup>.

Cette communication autour du projet a été reprise lors de la réunion mensuelle des responsables de secteurs. Ces différentes présentations ont permis de clarifier les concepts et de répondre aux questions éventuelles des acteurs de l'institution.

La direction s'est également engagée tout au long de la démarche par le biais, notamment, du comité de pilotage et d'une communication régulière sur l'état d'avancement de la démarche.

##### **B) La définition des ressources nécessaires**

Les ressources sont des moyens d'actions. Pour réaliser le document envisagé et ainsi, initier une politique de prévention des risques au sein de l'établissement, trois ressources paraissaient essentielles : la formation des directeurs pilotant le projet, la mise en place de

---

<sup>88</sup> Cette fiche figure en annexe n° 2 de ce document.

structures spécifiques à la gestion de ce projet ainsi que les moyens humains nécessaires au fonctionnement desdites structures.

a) *La formation des membres du comité de pilotage*

En amont de la démarche, les directeurs des cinq établissements participant au projet et moi-même, avons participé à une formation sur la gestion des risques en EHPAD. Cette formation s'est déroulée fin septembre 2005 afin de pouvoir initier la démarche dès le commencement de mon stage de professionnalisation. Elle nous a permis de mieux cerner les concepts (risque et gestion des risques), les différentes étapes<sup>89</sup> permettant la mise en place d'un programme de gestion globale des risques ainsi que les outils méthodologiques à maîtriser afin de mener à bien ces différentes phases.

Une fois cette formation suivie, il était nécessaire d'adapter ces concepts et méthodologies à la réalité quotidienne des cinq établissements.

b) *Des structures spécifiques*

Au mois de décembre 2005, des structures de support ont été créées afin de pouvoir mener à bien ce projet :

- un comité de pilotage<sup>90</sup> : les cinq directeurs d'établissements et les cinq directeurs stagiaires ;
- un groupe projet<sup>91</sup> : les cinq directeurs stagiaires avec un chef de projet, moi-même ;
- des groupes de travail<sup>92</sup> dans chaque établissement : pilotés par un directeur stagiaire et composés de différents professionnels en fonction de la thématique étudiée.

Cependant, pour faire vivre ces groupes de travail, il était nécessaire de libérer des moyens humains.

c) *Des moyens humains*

Du temps spécifique a été alloué au personnel afin que celui-ci participe à l'initiation de la démarche. Cette condition paraissait essentielle tant la démarche de prévention des risques engendre une profonde mutation culturelle au sein de chaque établissement.

---

<sup>89</sup> Les cinq étapes de cette démarche sont : identifier les risques, les analyser et hiérarchiser, choisir des outils de réduction des risques, mettre en œuvre un programme de gestion des risques, évaluer ce programme.

<sup>90</sup> Le comité de pilotage prend les grandes décisions structurant le projet.

<sup>91</sup> Le groupe projet organise la réalisation des décisions du comité de pilotage.

<sup>92</sup> Les groupes de travail sont compétents sur les thèmes spécifiques à aborder.

Une fois ces préalables respectés, la démarche a pu débuter. Trois étapes ont permis l'élaboration du document : l'identification et l'analyse des risques présents dans les EHPAD, la hiérarchisation de ces risques et enfin la réalisation d'un programme d'actions.

### **3.2.2 L'identification et l'analyse des risques existants**

L'identification des risques présents au sein de ces cinq établissements m'a permis d'élaborer une cartographie des risques présents dans les EHPAD<sup>93</sup> présentant les mêmes caractéristiques, à savoir : des établissements publics autonomes, offrant une capacité d'accueil moyenne.

#### **A) Deux approches potentielles**

Afin d'identifier et d'analyser les risques présents au sein de l'établissement, deux approches peuvent être utilisées : une approche a priori et/ou une approche a posteriori.

##### *a) Identification et analyse a priori*

L'identification a priori des risques présents au sein d'un établissement est une approche préventive. Elle permet donc d'identifier les risques avant qu'ils ne se réalisent. Différentes méthodes sont envisageables et peuvent être employées de façon combinée, notamment :

- *une identification par le biais de la littérature ;*
- *l'analyse des processus* : elle consiste à choisir les processus à traiter, les analyser, les formaliser et les maîtriser en donnant les moyens de repérer et de mesurer ses évolutions ;
- *l'audit* : l'audit est une photographie à un instant donné permettant de mettre en évidence des écarts qui peuvent être dus à des dysfonctionnements et d'identifier les besoins d'amélioration;
- *l'AMDEC<sup>94</sup>* : cette méthode recense et met en évidence les risques potentiels ;
- *l'HACCP* : elle est basée sur l'étude rigoureuse des dangers potentiels pouvant survenir au cours d'un processus de fabrication d'un produit alimentaire ;
- *la méthode What if* : elle consiste à élaborer les scénarii du pire afin d'aboutir à la définition des plans de prévention.

---

<sup>93</sup> Cette cartographie figure en annexe n° 3 de ce document.

<sup>94</sup> Analyse des modes de défaillance, de leurs effets et de leur criticité.

## b) *Identification et analyse a posteriori*

L'identification a posteriori des risques présents au sein d'un établissement correspond à une approche corrective. Elle consiste à recenser et à analyser les risques réalisés. Différents outils peuvent être utilisés de façon combinée, notamment :

- *la sinistralité, les plaintes et réclamations contre l'établissement* ;
- *les fiches de recueil des événements indésirables<sup>95</sup>* : c'est la *méthode du retour d'expérience* ; elle consiste à signaler toute situation à risque ; ce signalement est analysé et des actions correctives sont envisagées ;
- *la méthode ALARM<sup>96</sup>* : elle consiste à analyser un événement indésirable par le biais de sept facteurs (facteur lié au contexte institutionnel, facteur organisationnel et de gestion, facteur lié à l'environnement de travail, facteur lié à l'équipe, facteur lié au contexte individuel, facteur lié aux tâches à effectuer, facteur lié aux patients) ;
- *la méthode de résolution de problème* : elle consiste à étudier l'effet d'un problème, à en rechercher les causes afin de dégager une solution et de la mettre en œuvre ;
- *la revue morbidité/mortalité* : elle consiste à analyser tous les décès et certains accidents morbides survenus au sein de l'établissement ;
- *le diagramme cause-effet<sup>97</sup>* : ce diagramme permet d'identifier les causes majeures probables d'un problème, de les hiérarchiser et de les classer en cinq catégories (matière, matériel, main d'œuvre, méthodes, milieu).

## B) Le choix d'une identification a priori

Plusieurs hypothèses sont envisageables pour traiter les risques :

- mettre en place des mesures de prévention : l'objectif est alors de limiter, voire, de faire disparaître la fréquence du risque ;
- instaurer des mesures de protection : l'objectif est alors de réduire la gravité du risque ; ces mesures correspondent à la conduite à tenir en cas de survenue de l'évènement.

Nous avons choisi d'axer le travail sur les mesures de prévention et donc, de passer par une méthode d'identification a priori. Ce choix s'explique par plusieurs raisons : d'une part, par l'absence dans l'établissement de procédure de signalement des événements indésirables et donc l'impossibilité d'avoir une remontée d'information suffisante permettant un recensement exhaustif des risques ; et d'autre part, en raison de l'objectif premier de ce projet, à savoir la

---

<sup>95</sup> Cet outil sera détaillé dans la partie 3.3 de ce document.

<sup>96</sup> Association of litigation and risk management.

<sup>97</sup> Diagramme d'ISHIKAWA.

prévention des risques ; l'idée était vraiment d'insister sur cette phase de prévention afin de rendre exceptionnelle l'analyse a posteriori des risques.

L'identification et l'analyse des risques se sont faites autour de grandes thématiques préalablement définies par le groupe projet : administration, intervenants extérieurs, éthique, accompagnement du résident, écologie, entretien des locaux, linge, alimentation, circulation, soins, patrimoine et sécurité.

Ces thèmes ont été répartis entre les cinq établissements. Deux à trois thèmes ont donc été traités par les groupes de travail de chaque établissement. Un groupe de travail a été constitué pour chaque thème. Au sein de la Résidence de l'Yze, les groupes ont travaillé sur les thèmes de l'alimentation et du soin. Tous ces groupes ont travaillé au recensement des risques afférents au thème à traiter, puis à l'analyse de chaque risque identifié afin de déterminer ses causes et ses conséquences éventuelles ainsi que les mesures de prévention à mettre en œuvre pour diminuer sa fréquence d'apparition. Les groupes de travail ont essentiellement utilisé la méthode AMDEC ainsi que la méthode HACCP.

Au terme de cette identification et de cette analyse, des fiches ont été construites pour chaque risque identifié, comportant différents items : la définition du risque, ses causes et ses conséquences éventuelles, les mesures de prévention à mettre en œuvre, la réglementation afférente au risque<sup>98</sup>. Les groupes ont donc procédé au recensement de ces différents éléments.

Une fois la cartographie des risques établie, il était essentiel de hiérarchiser l'ensemble des risques identifiés afin de pouvoir construire un programme d'actions.

### **3.2.3 La hiérarchisation des risques**

La cartographie des risques dans un établissement fait émerger un très grand nombre d'actions potentielles qu'il ne sera pas possible de conduire simultanément. Il est donc nécessaire d'opérer un choix pour déterminer celles qui seront à inscrire au plan d'actions.

#### **A) La méthodologie traditionnellement empruntée**

Les critères de priorisation traditionnellement empruntés sont la fréquence (calculée ou estimée) et la gravité. D'autres critères peuvent être utilisés tels l'évitabilité, la prévisibilité, l'acceptabilité, le coût ou encore le nombre de personnes concernées ...

---

<sup>98</sup> Un exemple de fiche est consultable en annexe n° 4 de ce document.

Une échelle est construite pour chaque critère. Ainsi, par exemple, l'échelle de la fréquence<sup>99</sup> pourra être la suivante :

- 1 : potentielle ;
- 3 : occasionnelle (plusieurs fois par an) ;
- 7 : régulière (plusieurs fois par mois) ;
- 10 : constante (plusieurs fois par jour ou par semaine).

La multiplication des deux critères communément admis, la fréquence et la gravité, détermine, ainsi, la criticité du risque.

Il nous a semblé cependant que cette échelle comportait, en pratique, de réelles limites. D'une part, parce que pour coter la fréquence d'un risque au sein d'un établissement, il est nécessaire d'avoir un signalement exhaustif des évènements indésirables. Or, sur les cinq établissements participants, quatre n'ont pas mis en place de système de recueil des évènements indésirables. Pour le cinquième, le système vient tout juste d'être mis en oeuvre, le signalement est donc loin d'être systématique. Dans ce contexte, comment estimer la fréquence d'un risque ? D'autre part, parce que la cotation de la fréquence et de la gravité, sans chiffre ni donnée à l'appui, apparaît très subjective.

La mise en place de ce type d'échelle ne pourra donc se faire que lorsque chaque établissement aura mis en place un système de signalement des évènements indésirables permettant une remontée d'information complète. Dans l'attente, nous avons choisi de construire une échelle provisoire pour ainsi permettre la construction immédiate de plans d'actions. Cela nous paraissait indispensable afin de rendre compte, aux membres du personnel de chaque établissement, des résultats de la démarche entreprise.

#### B) L'adoption d'une méthode spécifique

L'échelle que nous avons retenue s'appuie sur la cotation des mesures de prévention propres à chaque risque<sup>100</sup>. En effet, pour coter chaque mesure, sont pris en compte le caractère réglementé ou non de la mesure ainsi que son existence ou son inexistence. A chaque combinaison est affecté un certain nombre de points. Ainsi :

- caractère réglementé et existence de la mesure : 10 points ;
- caractère non réglementé et existence de la mesure : 10 points ;
- caractère non réglementé et inexistence de la mesure : 20 points ;

---

<sup>99</sup> Cette échelle est extraite du support de formation de GUEZ P. *La gestion des risques*, formation dispensée par l'ENSP, octobre 2005.

<sup>100</sup> Un exemple de cette cotation figure sur la fiche « risque d'escarres » en annexe n° 4 de ce document.

- caractère réglementé et non existence de la mesure : 30 points.

Une moyenne est alors effectuée pour pouvoir déterminer la priorité de chaque risque au moyen d'une note.

Il s'agit ici de créer un outil de hiérarchisation des risques et des actions à entreprendre. Néanmoins, cette échelle comporte certaines limites. Il faut tout d'abord préciser, qu'elle ne détermine pas la "criticité" du risque puisque celle-ci se définit par la multiplication de sa fréquence et de sa gravité. De plus, cette échelle accorde une plus grande importance au traitement des risques réglementés qu'au traitement des risques non réglementés. Or, il est indispensable d'abandonner, à terme, cette logique. En effet, la réglementation ne couvre qu'une partie des risques. De plus, les niveaux de sécurité exigés par la réglementation ne sont pas très élevés car ils concernent tous les établissements. Il est donc essentiel, pour mettre en place une véritable culture de la gestion des risques au sein de l'établissement, de dissocier la démarche de la notion d'obligation réglementaire.

Néanmoins, la mise en place de cette échelle spécifique nous a permis de définir rapidement des actions concrètes.

### **3.2.4 La réalisation d'un programme d'actions**

Une fois le document réalisé et l'ensemble des risques hiérarchisés, nous avons pu établir un plan d'actions pluriannuel<sup>101</sup>, respectant le principe A.C.I.E.R et comportant trois types d'actions.

#### **A) Le principe A.C.I.E.R**

Chaque action, pour aboutir, doit suivre le principe A.C.I.E.R. Ce principe signifie : une action, concrète, identifiée, échéancée et réalisée. Il est donc nécessaire pour le respecter :

- de définir un objectif quantifiable ;
- de fixer un responsable de sa mise en œuvre ;
- de définir un délai de réalisation ;
- de déterminer, dès le départ, le dispositif de suivi.

J'ai donc construit les plans d'actions de la Résidence de l'Yze en me basant sur ces objectifs. Le plan pluriannuel comporte cinq éléments : le risque que l'on va traiter, le rappel de sa criticité, les mesures de prévention à mettre en œuvre et enfin, l'échéance pour la mise en place de ces mesures. Le plan annuel comprend, lui, six items : le risque à considérer, les mesures de prévention à mettre en place, le coût prévisible de ces mesures, l'échéance, le responsable et les modalités d'évaluation de leur mise en œuvre.

---

<sup>101</sup> Ce plan figure en annexe n° 5 de ce document.

## B) Les trois types d'actions envisagées

Trois modalités d'actions ont été prévues par ces différents plans :

- *des mesures simples* c'est-à-dire des décisions à prendre sans investissement spécifique, en étude complémentaire, en formation ou en matériel ; on peut citer, par exemple, la décision de garder trace de toute demande de consultation des dossiers patients ;
- *des actions identifiées* qui nécessitent un accompagnement (formation, investissements matériels, groupe de concertation) ; il existe donc un délai de plusieurs mois entre la prise de décision et sa mise en œuvre effective ; on peut citer, à titre d'exemple, la mise en place d'une procédure d'accueil des nouveaux agents ;
- *des thèmes à approfondir* : ils nécessitent une étude complémentaire pour apprécier l'opportunité de leur déploiement ; ce sont des actions de fond à plus long terme ; on peut citer, par exemple, la mise en place d'une réflexion sur une nouvelle organisation des horaires au sein du service buanderie.

Chaque action ainsi envisagée sera déclinée en fiche action mentionnant : le type d'action, les ressources, les tâches détaillées, les échéances et les indicateurs d'évaluation et de suivi.

Si la construction de cet outil a permis d'initier une culture de gestion des risques au sein de l'établissement, il est cependant, nécessaire, d'inscrire la Résidence dans une dynamique à long terme.

### **3.3 Les préconisations nécessaires pour poursuivre la démarche**

La démarche de gestion des risques est un processus continu. Elle est en perpétuelle progression. Différentes actions doivent donc être poursuivies.

#### **3.3.1 L'évaluation de la démarche**

L'évaluation consiste à porter un jugement sur la valeur d'une action passée, sur sa pertinence, son efficacité, son efficience, sa viabilité, son impact. Il est indispensable, pour toute démarche, d'envisager une procédure d'évaluation afin de dresser un bilan des actions menées dans le cadre d'un projet.

#### A) L'évaluation de la démarche entreprise

L'évaluation de la démarche entreprise devra porter sur deux niveaux :

- l'évaluation de la conduite de projet ;
- l'évaluation des résultats de la démarche.

Il sera donc indispensable de construire des indicateurs et des tableaux de bord.

a) *L'évaluation de la conduite de projet*

Il va s'agir, dans un premier temps, d'évaluer la conduite même du projet.

Pour cela, il est nécessaire, tout d'abord, d'évaluer certains aspects matériels du projet. Les délais ont-ils été respectés ? Les objectifs préalablement fixés ont-ils été concrétisés ? Les rôles préalablement définis ont-ils été tenus ? Quel a été le coût de cette démarche ?

Il me paraît essentiel, ensuite, d'évaluer la phase du travail en réseau. A-t-elle été pertinente ? Nous a-t-elle permis une mise en place plus rapide de l'outil ? Peut-elle être poursuivie dans la phase d'évolution de ce document ? Il me semble, en effet, que ce travail de coopération, pour élaborer un outil commun, présente un atout indéniable. Ce type de démarche pourrait, si l'évaluation s'avère positive, être reconduit pour de nouveaux projets.

b) *L'évaluation des résultats*

On peut, tout d'abord, évaluer la politique mise en place par l'établissement, au moyen du référentiel de la HAS. Cela permettra de mettre en exergue les points forts de la démarche menée et les points restant à améliorer et, ainsi, de les comparer aux résultats du premier diagnostic.

Il s'agira, dans un second temps, d'évaluer les différents effets suscités par la démarche.

Les résultats d'une telle démarche peuvent, en effet, avoir différents impacts :

- Un impact organisationnel : cette démarche a-t-elle engendrer une redéfinition des rôles de chacun ? Les fiches de postes ont-elles été modifiées ? L'organigramme a-t-il été clarifié ?
- Un impact sur la prise en charge des résidents : le nombre d'évènements indésirables recensés a-t-il diminué ? Les conséquences de ces évènements ont-elles été analysées ?
- Un impact sur la satisfaction des résidents : il me semble qu'il serait intéressant, par le biais du questionnaire de satisfaction précédemment présenté, de recueillir les sentiments des résidents dans les mois qui suivront la mise en place du premier plan d'actions.
- Un impact sur la satisfaction du personnel : une enquête de satisfaction auprès du personnel, sur l'intérêt qu'il accorde à l'outil créé, pourrait être réalisée.

Afin de pérenniser l'utilisation de cet outil, il me paraît également indispensable d'organiser un suivi des plans d'actions.

## B) L'organisation d'un suivi du plan d'actions

L'outil que nous avons créé permet à chaque établissement d'évaluer sa gestion des risques et ainsi de construire des plans d'actions. Ces derniers devront être évalués tous les ans. Pour cela, ces plans prévoient des modalités d'évaluation des actions mises en œuvre au cours de l'année. Par exemple, l'évaluation de la pertinence de la procédure d'accueil des nouveaux agents pourra se faire par le biais de questionnaires. Cette nouvelle évaluation, au regard du plan d'actions précédent et du plan pluriannuel, permettra de construire un nouveau pour l'année à suivre.

Le plan pluriannuel est établi pour une durée de quatre ans. Au terme de ces quatre années, une évaluation complète de la gestion des risques devra de nouveau être réalisée.

Entre temps, le document nécessitera des mises à jour régulières.

### 3.3.2 L'évolution de l'outil créé

L'évolution du document de prévention des risques en EHPAD est nécessaire. Différents scénarii sont envisageables.

#### A) La nécessaire actualisation du document

L'actualisation du document s'impose, d'une part, pour la partie du document relative aux risques professionnels. La réglementation impose une mise à jour « chaque année et lors de toute décision d'aménagement important modifiant les conditions de travail ou lorsqu'une nouvelle information nécessite une évaluation des risques »<sup>102</sup>. D'autre part, pour le reste du document, dans la mesure où l'outil n'a pas été créé pour répondre simplement à une recommandation ou une obligation juridique, mais pour alimenter, au quotidien, une véritable culture de la gestion des risques au sein de l'établissement.

Pour permettre cette mise à jour, il est essentiel de mettre en place un système de signalement des événements indésirables. Un événement indésirable peut se définir comme tout événement survenant au sein de l'établissement et pouvant avoir des conséquences néfastes pour le résident, le personnel ou les visiteurs. Il existe plusieurs types d'événements indésirables :

- *l'incident* : il correspond à une action ou une situation qui ne cause pas de dommage mais dont le résultat est inhabituel et qui, dans d'autres circonstances, aurait pu causer un dommage ;

---

<sup>102</sup> Article R.230-1 du Code du Travail.

- *le presque-accident* : il se définit comme un évènement qui a entraîné une situation critique n'ayant pas engendré d'accident grâce à des conditions favorables réunies fortuitement ;
- *l'évènement sentinelle* : il représente un évènement qui sert de signal d'alerte et déclenche systématiquement une investigation et une analyse ;
- *l'accident* : il s'assimile à un évènement ou un enchaînement d'évènements non intentionnels provoquant des dommages.

Un système de signalement des évènements indésirables, suppose la transmission des signalements à une structure qui en fait l'analyse afin, de permettre, la mise en place d'actions de prévention dans l'ensemble des services.

Pour mettre en place ce système, il est nécessaire de construire, en premier lieu, une fiche de signalement des évènements indésirables. J'ai donc construit cette fiche<sup>103</sup> pour la Résidence de l'Yze en respectant la trame de l'outil de prévention des risques. Il est important, ensuite, d'organiser des modalités d'analyse et de réaction vis-à-vis de ces signalements.

Le système de signalement des incidents présente, cependant, une limite de taille : la sous déclaration. La peur d'être coupable, de se faire punir ou de punir les autres est souvent invoquée pour expliquer ce phénomène. Pour y remédier, il est possible d'anonymiser la déclaration et ainsi, de garantir que seules les causes d'un évènement seront recherchées et non le coupable. Néanmoins, rendre le signalement nominatif permet l'approfondissement de l'enquête auprès du déclarant. Il est donc nécessaire, avant de mettre en place ce système, de s'assurer de la présence de certains pré requis, à savoir :

- instaurer un climat de confiance reposant sur des règles clairement définies ;
- définir les objectifs poursuivis par le signalement.

L'instauration d'un tel système me paraît indispensable à la pérennisation de la démarche. Il permet, en effet, d'améliorer le système d'alerte, de permettre une plus grande réactivité et de faciliter la constitution de bases de données. Cependant, ce système doit également être conjugué avec un dispositif de veille réglementaire, dispositif que je détaillerai par la suite.

## B) Les scénarii envisageables

Trois scénarii sont envisageables pour permettre le suivi et la mise à jour du document de prévention des risques et, plus largement, de la politique de gestion des risques au sein de l'établissement.

---

<sup>103</sup> Elle figure en annexe n° 6 de ce document.

La première solution suppose le recrutement d'un gestionnaire des risques. Or, comme je l'ai dit précédemment, l'établissement ne peut, financièrement, engager un gestionnaire des risques à temps plein. Il conviendrait donc de le recruter sur un temps partiel ou partagé entre certains établissements de l'association. Différents outils sont utilisables, notamment :

- *le groupement de coopération sanitaire*<sup>104</sup> : il a, notamment, vocation à « permettre les interventions communes de professionnels médicaux et non médicaux exerçant dans les établissements membres, des professionnels salariés du groupement, ainsi que des professionnels médicaux libéraux membres ou associés du groupement » ; cependant, il nécessite la présence d'au moins un établissement de santé ; dès lors, le GIR 7 devrait étendre sa collaboration aux établissements de santé ;
- *le groupement de coopération social et médico-social*<sup>105</sup> : les textes prévoient que ces groupements ont pour mission « d'exercer directement des actions sociales ou médico-sociales, de créer et gérer des équipements ou services d'intérêt commun, ou des systèmes d'information nécessaires à leurs activités, de faciliter des actions concourant à l'évaluation de l'activité et à la qualité des prestations de ses membres, ou de définir ou proposer des actions de formation pour le personnel de leurs différents membres » ;
- ou encore une simple convention entre plusieurs établissements prévoyant la mise à disposition d'un gestionnaire des risques.

Cependant, la constitution de ces groupements nécessite un minimum de formalisme<sup>106</sup> et ne peut avoir lieu immédiatement. De plus, ce recrutement de gestionnaire des risques, même sur un temps partagé, nécessite des financements que les établissements ne sont pas certains d'obtenir à l'heure actuelle.

Le deuxième scénario consiste à poursuivre le travail en réseau initié lors de la construction du document de prévention des risques. Ainsi, chaque établissement pourrait se voir attribuer un thème et se charger de la veille réglementaire concernant les risques afférents à

---

<sup>104</sup> Instauré par l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée ; ses modalités de constitution, d'organisation et de fonctionnement ont été définies par le décret n° 97-240 du 17 mars 1997 codifié aux articles R.713-3-1 à R.713-3-21 du CSP ; revu par la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002.

<sup>105</sup> Prévu par l'article 21 de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale, codifié à l'article L.312-7 du CASF et précisé par le décret n° 2006-413 du 6 avril 2006 relatif aux groupements assurant la coordination des interventions en matière d'action sociale et médico-sociale.

<sup>106</sup> Le GCS nécessite une convention constitutive agréée par l'ARH ; le GCSMS une convention constitutive, et le cas échéant un protocole décrivant l'objet de sa mission, approuvée par le préfet du département du siège du groupement.

celui-ci. Cependant, cette solution ne résout pas la question de l'analyse des signalements d'évènements indésirables, qui resterait à la charge de chaque établissement.

Le dernier cas de figure consiste à attribuer la fonction de « référent gestion des risques » à un membre du personnel. Dans le cas de la Résidence de l'Yze, on pourrait imaginer que cette fonction soit dévolue à l'infirmier déjà en charge de la qualité. Pour l'aider dans cette tâche, l'établissement pourrait éventuellement acquérir un logiciel de gestion des risques. Il serait alors essentiel de former l'infirmier aux concepts et outils de la gestion des risques.

En conclusion, je pense que, dans un premier temps, il peut être avantageux de combiner les deuxième et troisième scénarii : ainsi, la veille réglementaire relèverait d'un travail en réseau et le traitement des signalements, d'un travail interne à chaque établissement. En revanche, dans l'avenir, il me paraît intéressant de réfléchir à l'opportunité de créer un groupement de coopération. Cela permettrait aux établissements de disposer des compétences d'un professionnel formé aux différentes composantes de la gestion des risques.

Enfin, l'évolution constante de la démarche passe par une formation et une information régulières du personnel.

### C) La nécessité de former et d'informer le personnel

Pour assurer la pérennisation de la démarche par l'acculturation de l'ensemble du personnel à la gestion des risques, il est indispensable de former tous les professionnels intervenant dans l'établissement.

Bien entendu, chacun, en fonction de son rôle et de ses responsabilités en la matière, suivra une formation appropriée. Ainsi, le référent gestion des risques devra avoir une connaissance des concepts, des méthodes et des outils de la gestion des risques, pouvoir animer des groupes de travail et pouvoir atteindre des objectifs fixés.

L'ensemble des professionnels devront pouvoir partager un langage commun (bonne compréhension de la démarche, des enjeux et des changements attendus) et avoir compris leur rôle et trouvé leur place dans la démarche.

Trois modes de formation sont envisageables : formation universitaire, formation thématique et formation action. Il s'agira en premier lieu, d'assurer des formations thématiques, et, éventuellement dans un second temps, des formations actions pour le référent gestion des risques.

De plus, ces formations pourront être l'occasion de légitimer le changement par l'intervention d'un formateur étranger à l'institution.

Enfin, il est essentiel de maintenir une communication permanente sur les résultats de la démarche, ses évolutions, le retour d'expérience ...

### **3.3.3 L'approfondissement de la démarche**

Afin de permettre l'instauration d'une véritable culture de la gestion des risques au sein de la Résidence de l'Yze, il me semble que la démarche doit être poursuivie et même approfondie. Trois axes d'approfondissement doivent être menés.

A) La mise en place d'une veille juridique et d'un système documentaire

La mise en place d'une veille juridique et d'un système documentaire complètent le dispositif de signalement des événements indésirables. Ils permettent, en effet, ensemble, d'organiser la circulation et la gestion de l'information. Ils contribuent ainsi à faire vivre, au quotidien, cet outil au sein de l'établissement. Le système d'information est élaboré à partir des sources d'information externes (résidents, familles, assureurs ...) et internes (bilan social, système de notification des événements indésirables ...).

Le système d'information en matière de gestion des risques s'avère indispensable pour atteindre les objectifs suivants :

- recueillir les données, traiter et transmettre l'information relative aux risques ;
- assurer une transmission ciblée des alertes ascendantes et descendantes ;
- et assurer une traçabilité continue de l'information, de son constat jusqu'à son traitement.

Pour construire un dispositif de veille réglementaire, il va être indispensable pour l'établissement :

- de définir la personne en charge de recueillir et de dispatcher l'information ;
- de convenir du type d'information à recueillir, de déterminer les modalités de support, de diffusion et d'archivage de ces informations ;
- et, enfin, d'établir un délai maximum de transmission des informations.

Au sein de la Résidence de l'Yze, il semble, qu'au vu de la taille de l'établissement, il revienne au directeur d'assurer cette fonction. Cependant, si le travail en réseau se poursuit, il ne sera en charge que d'une partie de cette veille, en fonction de la thématique attribuée.

Enfin, il peut être profitable, pour l'établissement, de mettre en place un système documentaire, d'établir des procédures ou des modes opératoires, de décrire des activités à réaliser.

Un autre axe de travail semble à approfondir : le traitement des risques par la définition des mesures de protection.

#### B) La définition des mesures de protection

Les mesures de protection sont des mesures destinées à réduire la gravité d'un risque. Elles ont pour but de diminuer les conséquences d'un risque lorsque ce dernier se réalise. Elles sont donc indissociables des mesures de prévention. Ces deux types de mesures participent toutes deux à une gestion plus efficiente des risques.

Nous avons fait le choix, dans un premier temps, de nous consacrer uniquement aux mesures de prévention et ce, avant tout, parce que le temps imparti pour la mission ne permettait pas de travailler sur les mesures de protection. En outre, on peut imaginer qu'en réduisant la fréquence des risques, les occasions de mettre en œuvre les mesures de protection seront plus rares. Cependant, il serait fort profitable, pour l'établissement, de définir ces mesures afin de compléter et de finaliser le dispositif de gestion des risques.

Un dernier axe de travail permet, lui aussi, de diminuer la gravité d'un risque : il s'agit de la préparation à la gestion de crise.

#### C) La préparation à la gestion de crise

La crise est une « situation qui menace les priorités de l'organisation en surprenant les décideurs, en restreignant leur temps de réaction et en générant du stress »<sup>107</sup>. Elle entraîne différents enjeux auxquels il faudra répondre : la gestion d'un événement grave qui paralyse l'organisation, une pression du temps extrême et un délai de réponse très restreint, des pressions extérieures multiples et permanentes, aucune certitude sur les causes, les effets et les prolongements de cette crise.

Il convient donc, avant la crise, de préparer l'ensemble du personnel aux réactions à adopter, de manière organisée, afin de faire face à l'imprévu. En effet, « le problème n'est pas de prévoir l'imprévisible mais de s'entraîner à lui faire face »<sup>108</sup>.

La préparation doit reposer sur cinq axes : instaurer une culture du partage de l'expérience, s'appropriier les procédures et les outils, promouvoir la culture de la communication, responsabiliser, repérer et inventorier les risques.

---

<sup>107</sup> GUEZ P. *La gestion des risques*, formation dispensée par l'ENSP, octobre 2005.

<sup>108</sup> LAGADEC P. dans GUEZ P. *La gestion des risques*, formation dispensée par l'ENSP, octobre 2005.

On peut donc constater que la gestion des risques constitue un axe et un levier à la préparation de gestion de crise au sein de l'établissement, une opportunité d'aller encore plus loin et d'approfondir la démarche.

## CONCLUSION

**« Aucune personne, ni aucune organisation ne peut perdurer sans apprendre à identifier les risques, à les prévoir et à agir »<sup>109</sup>.**

Les EHPAD ne font pas exception à ce postulat. Poussés par une demande de sécurité de plus en plus pressante de la société, les établissements se voient engager dans une nouvelle démarche, entraînant un véritable défi culturel pour leurs gestionnaires et leurs personnels. Encore fortement marqués par une culture négative de l'erreur, ces établissements doivent introduire un changement progressif de leurs modes de fonctionnement et de leur organisation. La gestion des risques ne peut, en effet, se limiter à l'introduction d'outils ou de méthodes. Basée sur des principes de transparence, d'information partagée, d'évaluation et de responsabilité, elle constitue un nouvel état d'esprit. Elle doit donc se concevoir sur le long terme afin de laisser aux professionnels le temps d'intégrer son sens et ses objectifs.

Si la démarche ne peut reposer sur l'initiative d'un seul individu et doit être basée sur une coopération entre l'ensemble des membres du personnel, il n'en demeure pas moins que le directeur de l'établissement occupe une place centrale dans la dynamique à impulser au sein de l'institution. De l'implication du directeur dépend, en effet, la réussite de la démarche. Il doit être, à la fois, son initiateur et son promoteur. La gestion des risques constitue pour lui, une véritable opportunité managériale lui permettant d'instaurer, au sein de la structure, une véritable dynamique de changement. Elle représente une nouvelle occasion d'engager, dans l'établissement, une réflexion globale quant au sens donné à la prise en charge des résidents.

La gestion des risques est donc une politique systémique et transversale qui transcende les modes de fonctionnement de chacun.

---

<sup>109</sup> GAUTIER R. La gestion des risques une démarche, une culture, un état d'esprit. *Technologie et santé*, Novembre 2002, n° 48, pp. 29-30.

---

## Bibliographie

---

- **TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES**

Code de l'Action Sociale et des Familles.

Décret n° 2001-1016 du 5 novembre 2001 portant création d'un document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs et circulaire n° 6 du 18 avril 2002.

Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Circulaire DHOS/E2/E4 n° 176 du 29 mars 2004 relative aux recommandations pour la mise en place d'un programme de gestion des risques dans les établissements de santé.

Référentiel de la DHOS, Sécurité sanitaire dans les établissements de santé : réglementation applicable version n°5 juin 2005.

- **RAPPORTS et RECOMMANDATIONS**

ANAES<sup>110</sup>, *Le coût de la qualité et de la non qualité à l'hôpital*, septembre 1998.

ANAES, *Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissement de santé*, janvier 2003.

DHOS, *Recommandations pour l'élaboration et la mise en oeuvre d'un programme de gestion des risques dans les établissements de santé*, 2004.

---

<sup>110</sup> Aujourd'hui Haute Autorité de Santé.

DONJON A., MARMET E., VANURA D., DHOS, *Modèle de gestion des risques en établissement de santé : organisation, méthodes et outils*, 2002.

Manuel d'accréditation des établissements de santé, 1999, mis à jour en 2003.

Manuel d'accréditation des établissements de santé, 2004.

MECSS, *Réduire le coût d'hébergement en établissement à la charge des personnes âgées*”, mai 2006.

## • **OUVRAGES**

AMYOT JF., VILLEZ A. *Risque, responsabilité, éthique dans les pratiques gériatriques*. DUNOD, Paris 2001. 216 p.

ANHOURY P., VIENS G. *Gérer la qualité et les risques à l'Hôpital*. ESF, 1994. 422 p.

LE BORTEF G. *Travailler en réseau*. Éditions d'Organisation, 2004, 154 p.

LEFEVRE P. *Guide de la fonction de directeur d'établissement dans les organisations sociales et médico-sociales*, DUNOD, Paris 2003, 360 p.

POULLAIN I., LESPY F. *Gestion des risques : guide pratique à l'usage des cadres de santé*. Éditions Lamarre, 2002. 139 p.

ROUSSEL P. *La visite de conventionnement en EHPAD, Guide à l'usage des partenaires conventionnels*. Éditions ENSP, 2004. 142 p.

## • **PERIODIQUES**

ANDRAUD E., BENAÏOUN L., CHAMBOREDON E. Et al. *Gestion des risques : l'hôpital résiste en cinq dimensions*. *Techniques hospitalières*, Janvier-Février 2004, n° 683, pp. 39-43.

DE KOUNINCK, *Résister au changement: une attitude rationnelle*, *Sciences Humaines*, Mars-Avril, n° 28, pp. 28-30.

DURAND JP. Risk Management : ce qu'il faut retenir des expériences américaine, canadienne et hollandaise. *Filières et Réseaux*, Décembre 1997-Janvier 1998, n° 11&12, pp.10-11.

GAUTIER R. La gestion des risques une démarche, une culture, un état d'esprit. *Technologie et santé*, Novembre 2002, n° 48, pp. 29-30.

GUEPIN J., ZAMARON S., VERDUN-ESQUER C. Et al. Évaluation a priori des risques professionnels : l'expérience du CHU de Bordeaux. *Techniques Hospitalières*, Juillet-Août 2004, n° 686, pp 59-61.

GUERI C. Le management des risques, extraits du congrès de 2004. *Gestions hospitalières*, Août-Septembre 2005, n° 448, pp. 569-578.

HOUSSIN D. Risques sanitaires et nouvelles exigences de protection de la santé. *Revue du praticien*, 30 novembre 2005, Tome 55 n° 18, pp. 1991-1993.

LHUILIER JM. La responsabilité des professionnels de l'action sociale : responsabilité pénale, responsabilités administrative et civile. *Actualités Sociales Hebdomadaires*, 9 décembre 2005, n° 2433 supplément, 73p.

MICHEL P., QUENON JL., DJIHOUD A. et al. Études et résultats DRESS, N° 398, mai 2005 15 p.

MOUNIC V. La gestion des risques dans la deuxième procédure d'accréditation. *Gestions hospitalières*, Mai 2005, n° 486, pp. 325-327.

POSTEL VINAY N., COQUIN Y. Le dispositif de sécurité sanitaire à la lumière de quelques exemples de gestion des risques. *Revue du praticien*, 30 novembre 2005, Tome 55 n° 18, pp. 1994-2002.

QUARANTA JF, CANIVET N., DARMON M.-J et al. Méthodologie de la gestion des risques en établissement de santé, les limites du concept. *Risques et qualité*, 1er trimestre 2004, n°1, pp. 39-44.

QUENON JL., GOTTOT S., DENIC L. et BRODIN M. La gestion des risques : enjeux et perspectives. *Technologie et santé*, novembre 2002, n° 48, pp. 13-19.

RAMBAUD-CAPITANT V. Initier une démarche de gestion des risques dans un établissement de santé. *Technologie et santé*, novembre 2002, n° 48, pp. 51-58.

Dossier n° 34. *Revue Hospitalière de France*, Juillet-Août 2000, n°4, pp. 51-80.

- **SUPPORTS DE FORMATION / SUPPORTS DE COURS**

GOGUET C. *La gestion des risques en EHPAD*, formation dispensée par le Centre Nationale d'Expertise Hospitalière, septembre 2005.

GUEZ P. *La gestion des risques*, formation dispensée par l'ENSP, octobre 2005.

ROUSSEL P. *Qualité et risques dans les organisations de santé*, cours dispensé à l'École Nationale de la Santé Publique, Juin 2005.

ROUSSEL P. *Évaluation de la Qualité*, cours dispensé à l'École Nationale de la Santé Publique, Juin 2005.

- **MEMOIRES**

BRECHAT PH., SALINES E. *Quel droit au risque : pour une promotion de la qualité de vie en EHPAD?*, module interprofessionnel ENSP, 2005.

CADIOU E. *La gestion des risques à l'hôpital : réflexions pour la mise en place d'une politique de prévention des risques au Centre Hospitalier du Mans*, mémoire EDH ENSP, 1999.

DEWAELE L. *L'apport d'une démarche qualité à la gestion des risques sanitaires dans la dynamique d'un changement à l'hôpital local : l'exemple de l'hôpital local de Beaugency*, mémoire DESS ENSP, 2004.

POUMEROULLIE M. *La mise en place d'un système de gestion des risques au CHRU de Tours*, mémoire EDH ENSP, 1999.

VALLET D. *Affirmer le droit au choix et le droit au risque de la personne âgée en EHPAD : un engagement institutionnel*, mémoire CAFDES ENSP, 2003.

---

## Liste des annexes

---

**Annexe n° 1** : Le guide d'entretien.

**Annexe n° 2** : La fiche projet.

**Annexe n° 3** : La cartographie des risques de la Résidence de l'Yze.

**Annexe n° 4** : Un exemple de fiche extraite du « document de prévention des risques en EHPAD - Sécurité pour les résidents, le personnel et les visiteurs ».

**Annexe n° 5** : Le plan pluriannuel d'actions de la Résidence de l'Yze.

**Annexe n° 6** : La fiche de signalement des évènements indésirables de la Résidence de l'Yze.

## **Annexe n° 1 : Le guide d'entretien**

### Ma formation :

Actuellement à l'**ENSP**, école qui a vocation à former les cadres de la Fonction Publique Hospitalière.

Pour ma part, je suis la formation de **directeur d'établissement sanitaire et social**. A l'issue de cette formation, je serais amenée à occuper un poste de chef d'établissement ou de directeur adjoint dans un **établissement hébergeant des personnes âgées**.

### Présentation du projet :

**Mémoire professionnel** à réaliser dans le cadre de ma formation de directeur d'établissement sanitaire et social. A ce titre, je suis amenée à réaliser différents entretiens dans le but, de **recueillir le sentiment des uns et des autres sur le sujet** sur lequel porte mon mémoire et, de **bénéficier de leur expertise**. L'objectif de cet entretien est donc d'échanger sur ce thème, ce n'est pas un questionnaire.

### Thème d'étude :

La mise en place d'une **politique globale de gestion des risques en EHPAD**, l'exemple de la Résidence de l'Yze à CORPS-NUDS.

### Problématique :

Aujourd'hui, on constate dans ces établissements une **gestion des risques éclatée, sectorielle**. On ne traite pas les risques dans leur ensemble mais certains points qui semblent prioritaires. Ex : méthode HACCP appliquée au service de la restauration, méthode RABC appliquée au traitement du linge...

L'enjeu est aujourd'hui de **construire une politique globale de gestion des risques** transversale et pluridisciplinaire, de faire naître au sein de l'établissement une **culture du risque**.

### Première question de l'entretien :

#### - Entretien avec le personnel soignant :

. Comment percevez-vous le risque dans votre travail quotidien, qu'il s'agisse du risque pour vous-même mais également pour le résident ou le visiteur?

#### - Entretien avec un directeur d'EHPAD :

. Quels sont les enjeux d'une politique globale de gestion des risques en EHPAD ? Quelle place pour le directeur d'établissement dans un tel projet ?

#### - Entretien avec un enseignant chercheur à l'ENSP :

. Comment s'est déroulée votre collaboration aux deux documents de la DHOS et de l'ANAES sur la gestion des risques en établissement de santé?

. Dans quel contexte est apparue la nécessité de réaliser ce type de recommandations?

- Entretien avec un gestionnaire des risques : En quoi consiste votre fonction ? Comment s'organise votre travail quotidien en tant que gestionnaire des risques? Quelle place occupez-vous au sein des équipes administratives et des équipes soignantes?

#### **Thèmes à aborder au cours de l'entretien :**

- La sécurité et le principe de précaution : jusqu'où faut-il aller ?

- La place de la gestion des risques aujourd'hui dans les établissements : quels sont les enjeux de cette politique pour les établissements de santé mais aussi les établissements hébergeant des personnes âgées ?

- Le lien avec la démarche qualité : la gestion des risques est-elle indissociable de la démarche qualité ?

- Les freins et les leviers à la mise en place de ce type de politique. Quels sont les freins et les leviers à la mise en place de ce type de politique, constatés ou supposés ?

- Quels moyens pour la mise en place d'une telle politique en établissement ? Le travail en réseau peut-il être un recours ?

- Quelles sont les conditions indispensables à la mise en place d'une telle politique?

- La forme de la mise en place d'une telle politique. Quels outils mettre en place pour instaurer, au sein de l'établissement, une culture de gestion globale des risques ?

## **Annexe n° 2 : La fiche projet**

## FICHE PROJET

**TITRE :** LA MISE EN PLACE D'UNE POLITIQUE GLOBALE DE PREVENTION ET DE GESTION DES RISQUES

### PROBLEMATIQUE :

La résidence de l'Yze a mis en place depuis quelques années des actions de prévention et de gestion des risques centrées sur des risques spécifiques. A titre d'exemple, on peut citer la mise en place de la méthode HACCP ou encore la rédaction du plan bleu définissant les mesures de prévention et de protection à mettre en oeuvre lors de fortes chaleurs. Mais il n'existe pas, à l'heure actuelle, de politique globale de prévention et de gestion des risques, ce qui peut entraîner, pour l'ensemble des intervenants, un manque de lisibilité dans les actions menées.

La mise en place d'une politique globale de gestion des risques est aujourd'hui imposée aux établissements de santé. Mais pour les établissements sanitaires et sociaux, il n'y a aucune obligation en la matière. Il s'agit donc ici de mettre en place une politique non imposée par les textes et qui, pour l'instant, ne fait l'objet d'aucune recommandation particulière spécifique aux établissements sanitaires et sociaux.

### LES REFERENCES REGLEMENTAIRES :

#### Concernant les établissements sociaux et médico-sociaux :

- Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale ;
- Roussel P., *La visite de conventionnement en EHPAD, Guide à l'usage des partenaires conventionnels*, 2004, 142 pages

#### Concernant les établissements de santé :

- Circulaire DHOS/E2/E4 n° 2004-176 du 29 mars 2004 relative aux recommandations pour la mise en place d'un programme de gestion des risques ;
- DHOS, recommandations pour l'élaboration et la mise en oeuvre d'un programme de gestion des risques dans les établissements de santé, 2004 ;
- ANAES, Guide de gestion des risques en établissement de santé, janvier 2003 ;
- Manuel d'accréditation des établissements de santé, 1999, mis à jour en 2003 (référentiel QPR) ;
- Manuel d'accréditation des établissements de santé, septembre 2004, chapitres 1,2 et 4.

### LES OBJECTIFS :

Objectif final : intégrer la culture de prévention et de gestion des risques dans le fonctionnement de l'établissement.

#### Objectifs intermédiaires :

- . instaurer une culture de prévention des risques par la création d'un outil ; cet outil ayant pour objet de recenser l'ensemble des risques présents dans l'établissement, leurs mesures de prévention afin d'établir un plan d'actions pluriannuel ;
- . instaurer une culture de gestion des risques par l'analyse des mesures de protection à mettre en place lors de la réalisation de chaque risque (cet objectif ne fait pas partie de la mission qui m'est dévolue).

#### Pour cela :

##### *. Dimension stratégique :*

- \* définition des objectifs attendus par les cinq directeurs ;
- \* définition du programme de travail
- \* présentation du projet, dans chaque établissement, par la direction (directeur et directrice stagiaire) à l'ensemble du personnel.

##### *. Dimension culturelle :*

- \* formation des directeurs ;
- \* information et formation du personnel à l'utilisation de l'outil créé ;
- \* accompagnement du personnel dans la première évaluation, par le biais de l'outil créé, des risques présents dans l'établissement.

##### *. Dimension structurelle :*

- \* déterminer les ressources nécessaires à ce projet.

##### *. Dimension technique :*

- \* choix des méthodes utilisées pour recenser les risques présents dans l'établissement ;
- \* création d'un outil recensant les risques présents et leurs mesures de prévention afin d'élaborer un plan d'actions.

### **LES RESPONSABILITES :**

Comité de pilotage : cinq DESS d'EHPAD d'Ille et Vilaine;

Groupe projet : cinq DESS stagiaires de ces établissements avec un chef de projet parmi eux ;

Groupes de travail : différents membres du personnel dans les différents établissements.

### **LES DELAIS :**

	janv-06	févr-06	mars-06	avr-06	mai-06	juin-06
État des pratiques relatives à la gestion des risques dans l'établissement						
Recensement des risques présents dans l'établissement						
Recensement de la réglementation propre à chaque risque						
Recensement des mesures de prévention propres à chaque risque						
Réalisation de fiches propres à chaque risque						
Réalisation d'un plan d'actions						
Présentation de l'outil à l'ensemble du personnel						

### **LES COUTS A PRIORI :**

Temps de formation des membres du comité de pilotage et du groupe de projet : 2 jours septembre 2005 <sup>111</sup>

Temps de réunion : 10 jours

### **LES MODALITES D'EVALUATION DES RESULTATS :**

Évaluation de la conduite de projet : tenue des délais ; tenue des objectifs préalablement fixés ; respect des rôles de chacun préalablement définis

Évaluation des résultats :

- *évaluation de l'impact organisationnel* : redéfinition de certaines fiches de postes ; clarification de l'organigramme nombre d'évènements indésirables recensés ; nombres de plaintes déposées ;
- *évaluation de l'impact sur la prise en charge des résidents* : évaluation par le biais du nombre d'évènement indésirables recensés et par l'analyse de la prise en charge de leurs conséquences ;
- *évaluation de la satisfaction des résidents* : évaluation par le biais du questionnaire de satisfaction des résidents et de familles ; évaluation lors de la réunion annuelle résidents-familles ; nombres de plaintes déposées ;
- *évaluation de la satisfaction du personnel* : évaluation par le biais de l'enquête de satisfaction du personnel et par le biais des réunions mensuelles de secteur ; nombre d'accidents de travail et de maladies professionnelles ;
- *évaluation des coûts a posteriori* : comptabilisation du temps de formation des membres du comité de pilotage et du groupe de projet ; comptabilisation du temps de réunion ; chiffrage du coût de l'augmentation ou de la diminution de évènements indésirables.

### **LES MODALITES DE PERENNISATION DES RESULTATS :**

Élaboration annuelle d'un plan d'actions : à cette occasion, évaluation des actions prévues au plan d'actions annue précédent, redéfinition des priorités d'actions.

Systematisation de la déclaration des évènements indésirables pour permettre un retour d'information vers la direction.

Désignation d'un référent gestion des risques dans l'établissement : il serait préférable que ce soit le référent qualité puisque les deux démarches vont de paire.

Information-formation des nouveaux agents.

Recrutement éventuel d'un ETP qualisticien-gestionnaire des risques partagé entre les cinq établissements.

<sup>111</sup> Objet de cette formation : cartographie des risques en EHPAD ; analyse des risques (quantification, analyse des causes, de l'évitabilité et des conséquences) ; positionnement de la gestion des risques par rapport à la démarche qualité ; les enjeux juridiques de la gestion des risques.

**Annexe n° 3 : La cartographie des risques de la  
Résidence de l'Yze**



**Annexe n° 4 : Un exemple de fiche extraite du  
« document de prévention des risques en EHPAD -  
Sécurité pour les résidents, le personnel et les  
visiteurs »**

## RISQUE D'ESCARRES

- DEFINITION

L'**escarre** est une lésion cutanée d'origine ischémique (manque d'oxygénation) secondaire à une compression des tissus mous entre un plan dur et les saillies osseuses. Avant d'être traité, l'escarre peut être prévenu.

- CAUSES EVENTUELLES

Trois types de facteurs de risques peuvent être isolés :

- *facteurs mécaniques* : pression ; friction ; cisaillement ; macération ; immobilité ;
- *facteurs cliniques* : dénutrition, incontinence(s) ; neuropathie ; âge ; état de la conscience et motivation ; maladies aiguës ; déshydratation ; poly pathologies et phase terminale ;
- *Immobilisation et dénutrition* sont réellement des facteurs prédictifs de risque d'escarre.

- CONSEQUENCES EVENTUELLES

Tout commence par une rougeur qui devient peu à peu plus marquée puis qui fonce pour devenir noire. Puis la disparition de la peau nécrosée fait place à un ulcère laissant les tissus sous-jacents à découvert : muscles, tendons, parfois jusqu'à l'os.

- REGLEMENTATION

Textes	Principaux apports
Recommandations des bonnes pratiques de soins en EHPAD - 2004	Présentation des mesures de prévention
ANAES "Évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé : évaluation de la prévention des escarres" Juin 1998	<ul style="list-style-type: none"> <li>×Présentation des escarres, de leurs conséquences et des facteurs de risque</li> <li>×Présentation des différents moyens de prévention</li> </ul>

- MESURES DE PREVENTION

Mesures	Caractère réglementé	Existence de la mesure	Criticité
Évaluer le risque d'escarre pour tout nouveau résident	Non	Non	
Utiliser des supports adaptés (utilisation de matelas alternants qui permettent de modifier régulièrement les points d'appui)	Non	Oui	
<u>Éviter les positions dangereuses :</u> * mauvaises positions assises (concentration du poids sur les ischions, ce qui se produit notamment lorsque les cuisses ne touchent pas le siège : cale-pieds trop haut ou assise latéralement asymétrique) * mauvaises positions couchées (une pression trochantérienne élevée, due à une position couchée latérale - position couchée avec tête de lit relevée) * une position glissant vers l'avant avec des forces de cisaillement importantes	Non	Oui	
Mobiliser régulièrement : changements de position planifiés toutes les 2-3 heures en évitant cisaillement et frottement	Non	Oui	
Surveiller régulièrement l'état cutané	Non	Oui	
Maintenir l'hygiène de la peau * toilette quotidienne, précautionneuse et renouvelée si nécessaire * bien sécher la peau	Non	Oui	
Proscrire massages, frictions, glaçons ou air chaud (interdits car diminuent le débit micro circulatoire cutané)	Non	Oui	
Assurer un bon équilibre nutritionnel * surveillance du poids hebdomadaire * surveillance des prises alimentaires (quantité ; qualité et hydratation) avec tenue d'une feuille de surveillance * ajout de compléments alimentaires possible (non évalué)	Non	Oui	
Traiter les pathologies susceptibles de favoriser l'apparition d'une escarre	Non	Oui	
Donner une information et/ou une éducation au résident vis à vis des soins de prévention	Non	Non	

**Annexe n° 5 : Le plan pluriannuel d'actions de la  
Résidence de l'Yze**

## PLAN D' ACTIONS PLURIANNUEL : 2006 - 2010

RISQUE	CRITICITE	MESURES DE PREVENTION A METTRE EN OEUVRE	ÉCHEANCE
Aération des locaux	30	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Établir un plan d'entretien des installations (VMC, circuit de ventilation)</li> <li>* Mise en place d'une notice d'utilisation du système</li> </ul>	2007
Médias	20	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Constituer un protocole des mesures à adopter vis à vis de la presse en cas de gestion de crise</li> </ul>	2008
Potabilité de l'eau / eau chaude sanitaire	18	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Constituer un dossier légionelle</li> <li>* Mettre en place les contrôles appropriés</li> </ul>	2007
Piratage informatique	16,6	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Installer un pare-feux</li> <li>* Mettre en place un enregistrement quotidien des données sur un support externe</li> </ul>	2008
Douleur	16,6	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Définir les moyens propres à assurer le traitement de la douleur dans le projet d'établissement et dans le projet de soins</li> </ul>	2006/2007
Produits sanguins	16,6	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Mettre en place un protocole relatif aux accidents d'exposition au sang</li> <li>* Sensibiliser le personnel à ce sujet</li> </ul>	2008
Contrat et qualité des interventions extérieures	16	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Mettre en place une fiche d'évaluation pour chaque intervention extérieure et garder trace de chaque évaluation</li> </ul>	2006
Obstination déraisonnable / Euthanasie	16	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Mettre en place un protocole relatif à la fin de vie</li> <li>* Sensibiliser le personnel à ce sujet (Cf. Procédure d'accueil du nouvel agent)</li> </ul>	2007
Dispositifs médicaux	15,8	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Constituer un registre de sécurité, qualité et maintenance des DM</li> <li>* Mettre en place un inventaire régulier des DM</li> <li>* Analyser les risques de chaque DM</li> <li>* Définir une procédure de désinfection pour chaque DM</li> </ul>	2008/2009
Soins palliatifs	15,7	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Définir dans le projet d'établissement et dans le projet de soins les moyens propres à assurer les soins palliatifs</li> </ul>	2006/2007
Fugue	15	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Mettre en place un protocole sur la conduite à tenir en cas de fugue</li> </ul>	2006
Secret médical / Secret professionnel	14	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Mettre en place une procédure d'accueil de tout nouvel agent (livret d'accueil, documents à consulter ...)</li> </ul>	2007
Prescription médicamenteuse	12,8	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Établir en concertation avec le médecin coordonnateur une liste limitative des médicaments à prescrire</li> </ul>	2007
Bio contamination du linge	12,5	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Mettre en place un plan de nettoyage de la lingerie</li> <li>* Réfléchir à une nouvelle organisation des horaires de la lingère pour réduire les délais de stockage du linge sale</li> <li>* Réaliser des audits internes annuels à l'aide du manuel RABC</li> </ul>	2007/2008
Circulation de l'information / Ouverture sur l'extérieur	12	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Mettre en place un journal interne à l'établissement</li> </ul>	2006
Dossier de soins	11	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Mettre en place une procédure pour garder trace des demandes d'accès au dossier de soins formulées par des tiers</li> </ul>	2007

**Annexe n° 6 : La fiche de signalement des  
évènements indésirables de la Résidence de l'Yze**

