



EHESP

**Directeur d'Établissement Sanitaire,
Social et Médico-social**

Promotion : **2009 – 2010**

Date du Jury : **décembre 2010**

**ENJEUX ET DEMARCHE
DE GESTION DES RISQUES EN EHPAD**

Christelle GAY

Remerciements

En préambule de ce mémoire, je souhaitais adresser mes remerciements les plus sincères aux personnes qui m'ont apporté leur aide et qui ont contribué à l'élaboration de ce mémoire dans le cadre de mon stage professionnel en tant qu'élève directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social.

Je tiens à remercier particulièrement **Jean-Paul GAUSSERAND, Directeur Adjoint Chargé des EHPAD et de la Qualité au Centre Hospitalier de La Ciotat et de la Maison de Retraite Publique de Cassis** qui en tant que **Maître de stage**, s'est montré toujours à l'écoute et disponible tout au long du stage et lors la réalisation de ce mémoire, pour ses conseils avisés et le partage de son expérience.

Mes remerciements s'adressent également à **José LAPINA, Directeur du Centre Hospitalier de La Ciotat et de la Maison de Retraite Publique de Cassis**, qui a bien voulu me consacrer du temps et de l'aide pendant la durée de mon stage et pour la réalisation du mémoire, ainsi que pour la confiance témoignée lors de la conduite de projet.

J'exprime ma gratitude à mon **tuteur de mémoire de l'IFROSS, Didier VINOT** et également **Marie-Elisabeth COSSON, Intervenante à l'EHESP** pour leurs conseils méthodologiques, ainsi que pour leurs encouragements.

Je tiens à exprimer ma reconnaissance à **Sylvie GARNIER Cadre de Santé de la Maison de Retraite de Cassis** pour sa collaboration, ainsi que **toute l'équipe de la structure** pour son implication et sa disponibilité à l'égard de mes travaux.

Je n'oublie pas le **personnel de l'EHPAD Le Cigalou** pour sa participation et sa contribution à la construction de ce projet.

J'adresse également mes sincères remerciements à **Martine CALDERON, Francine COLONNA et Dominique CHARLIER** pour m'avoir reçue dans les établissements qu'ils dirigent et pour leurs échanges d'expériences.

S o m m a i r e

Introduction.....	1
1 L'ANALYSE DE LA GESTION DES RISQUES DES SITUATIONS DE STAGE.....	13
1.1 L'EHPAD Le Cigalou à La Ciotat.	13
1.1.1 La Présentation de l'établissement.....	13
1.1.2 L'identification de la gestion des risques.	15
1.2 L'EHPAD La Soubeyrane à Cassis.....	19
1.2.1 La présentation de l'établissement.	19
1.2.2 L'identification de la gestion des risques.	20
2 L'ELABORATION D'UNE POLITIQUE GLOBALE DE GESTION DES RISQUES PAR LA METHODE DES QUATRE DIMENSIONS DE SHORTELL.....	25
2.1 La dimension stratégique : la mise en place d'un management des risques.....	26
2.1.1 L'implication de la direction.....	26
2.1.2 La création d'un comité de gestion des risques.....	26
2.1.3 Le rôle des responsables opérationnels.	27
2.1.4 Le rôle des acteurs opérationnels.....	27
2.2 La dimension structurelle : la définition d'une organisation.	28
2.2.1 Un programme de gestion des risques.....	28
2.2.2 Un travail en réseau.....	28
2.2.3 Un responsable qualité.	29
2.3 La dimension technique : les méthodes et les outils appropriés.....	29
2.3.1 Une méthode de recueil d'informations.	30
2.3.2 La cartographie des risques.	30
2.3.3 La formalisation des procédures.....	33
2.4 La dimension culturelle : l'instauration d'une démarche pérenne.	34
2.4.1 La démarche qualité.	34
2.4.2 Un plan de formation.	35

2.4.3	Une politique et un plan de communication.	35
2.4.4	L'évaluation de la démarche.	36
3	LES MODALITES D'APPLICATION DE LA DEMARCHE ET LA DIFFICILE CONCILIATION DE LA LIBERTE/SECURITE DES RESIDENTS.....	37
3.1	La mise en œuvre dans les EHPAD.....	37
3.1.1	Les préconisations pour l'EHPAD Le Cigalou de La Ciotat.	37
3.1.2	Les préconisations pour l'EHPAD La Soubeyrane de Cassis.....	40
3.1.3	Les préconisations communes aux deux EHPAD.....	43
3.1.4	Les limites.	45
3.2	La difficile conciliation de l'exercice des libertés, liées à la reconnaissance des droits des usagers, avec le besoin de protection et les obligations sécuritaires.	46
3.2.1	La réduction des risques et les pratiques sécuritaires.	46
3.2.2	Le respect du libre choix des personnes âgées hébergées.	48
	Conclusion.....	53
	Bibliographie.....	58
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

AFNOR	Agence Française de Normalisation
ANESM	Agence Nationale de l'Évaluation des Établissements et des Services Sociaux et Médico-sociaux
APMESS	Association des Petits et Moyens Établissements Sanitaires et Sociaux des Bouches-du-Rhône
APR	Analyse Préliminaire de Risque
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARS	Agence Régionale de Santé
AS	Aide-Soignante
ASH	Agent du Service Hospitalier
BMR	Bacteri-multirésistantes
CA	Conseil d'Administration
CH	Centre Hospitalier
COVIRIS	Comité de Sécurité des Vigilances et des risques
CVS	Conseil de la Vie Sociale
DAP	Demande d'Actions de Progrès.
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation
EHESP	Ecole de Hautes Etudes en Santé Publique
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EPP	Évaluation des Pratiques Professionnelles
ETP	Équivalent Temps Plein
FSEI	Fiche de Signalement des Événements Indésirables
GMP	Gir Moyen Pondéré
GCMS	Groupement de Coopération Médico-sociale
HAD	Hospitalisation à Domicile
HAS	Haute Autorité de Santé
IDE	Infirmière Diplômée d'État
MCO	Médecine-Chirurgie-Obstétrique
PH	Praticien Hospitalier
PMP	Pathos Moyen Pondéré
PUI	Pharmacie à Usage Interne
SHAM	Société Hospitalière d'Assurance Mutuelle
SOFGRES	Société Française de Gestion des Risques en Établissements de Santé

SSIAD	Service de Soins Infirmiers à Domicile
SSR	Soins de Suites et de Réadaptation
UHR	Unité d'Hébergement Renforcée

Introduction

Dans le contexte de la judiciarisation et de l'exigence du risque zéro que connaît la société, la notion de risque impacte les organisations et les modes de fonctionnement des structures du secteur sanitaire, social et médico-social.

Ainsi, les directeurs d'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) sont aujourd'hui confrontés à la mise en place d'une politique globale de gestion des risques des résidents. Celle-ci consiste en l'évaluation et l'anticipation des risques, ainsi qu'à la mise en place d'un système de surveillance et de collecte des données.

De plus, la responsabilité du directeur étant susceptible d'être engagée dans de nombreuses situations liées au fonctionnement de l'établissement et à l'organisation des activités mises en place pour les usagers, il importe pour lui de bien assimiler la notion de responsabilité civile et pénale, tout dommage devant obtenir réparation et éventuellement générer une sanction.

Ainsi, les différents risques nécessitent d'être identifiés puis analysés afin que soit élaboré et mis en œuvre un plan d'actions, permettant l'adaptation des pratiques professionnelles dans l'accompagnement des personnes âgées.

Cependant, en raison de l'évolution des exigences sociétales, cette sécurisation est désormais confrontée à l'accroissement de la reconnaissance des droits des usagers accueillis en institution et leur liberté d'aller et venir.

Ainsi, le dilemme liberté/sécurité se pose entre l'optimisation de la prise en charge et de l'accompagnement des résidents, le respect des obligations réglementaires de sécurité des établissements et l'inacceptabilité du risque dans la société.

Le contexte de l'étude :

Cette étude s'inscrit dans le cadre de la formation de Directeur d'Etablissement Sanitaire, Social et Médico-social dispensée par l'Ecole de Haute Etude de Santé Publique, et plus particulièrement lors de la période de stage long de professionnalisation.

Ce stage s'est déroulé dans deux EHPAD, l'un annexé Le Cigalou, l'autre rattaché La Soubeyrane, au Centre Hospitalier de La Ciotat, auprès du Directeur Adjoint chargé des EHPAD et de la Qualité.

Le choix du thème du mémoire s'est réalisé en concertation avec le Maître de stage, en rapport avec ses fonctions dans l'établissement d'accueil et les objectifs d'encadrement.

Ainsi, cette étude s'inscrit dans le cadre du programme d'actions qualité et de gestion des risques du Centre Hospitalier, mais non encore développée au sein du Cigalou et perfectible à la Soubeyrane, à partir d'un état des lieux des deux sites.

Le déroulement de la méthode :

Pour répondre à la question principale : « Quel est l'enjeu de la gestion des risques en EHPAD et quelle serait la démarche à mettre en œuvre ? », l'analyse s'est déroulée en plusieurs étapes.

La première étape a consisté à engager un questionnement et une réflexion sur le thème des risques et leur gestion, ce qui a constitué le fil conducteur du travail.

- Quelle est la place des situations à risque dans notre société ? Dans le secteur des personnes âgées ?
- Quelle est la place du principe de précaution dans notre société ? En EHPAD ?
- Quelle perception du risque dans notre société ? En EHPAD ?
- Quel droit pour le secteur ?
- Quelle gestion dans le système de santé ? Dans le secteur des personnes âgées ?
- Quelle est la responsabilité des professionnels et de l'établissement ?
- Quels sont les droits des personnes âgées ?
- Quelle est la politique de gestion déjà mise en place ?
- Quelles sont les outils de la politique de gestion en place ?
- Quelle perception du risque par le personnel, les familles, les résidents ? Quelle connaissance ? Quelles pratiques professionnelles ? Quelle prise en compte ?
- Quels outils de la démarche de maîtrise de risque ?
- Quels sont les différents risques en EHPAD ?
- Comment lier démarche qualité et gestion des risques ?
- Quel management pour l'évitement des situations à risque dans les pratiques professionnelles ?
- Quel management pour l'adhésion du personnel à la formalisation d'une gestion des risques dans les pratiques professionnelles ?
- Comment aborder la cartographie des risques en Établissement ?
- Comment aborder la quantification des risques ?
- Comment évaluer le degré de maîtrise du risque ?
- Comment créer une culture de gestion des risques ?
- Quelles idées d'actions ?
- Jusqu'où aller dans l'accompagnement de ces situations à risque ?
- Quelles sont les bonnes pratiques qui respectent les droits des personnes ?
- Comment concilier l'exercice des libertés liées à la reconnaissance des droits des personnes avec le besoin de protection ?

- Comment décider de ce qui est préférable pour une personne qui n'a plus les capacités de décider elle-même ?
- Jusqu'où respecter le droit au choix et au risque ?
- Dans quelle mesure les institutions, de par leur organisation et leur fonctionnement, laissent-elles une marge de liberté pour sortir du collectivisme et aller vers plus de respect de l'individualité de chacun ?

La deuxième étape a concerné le recueil d'informations sur les situations à risque en EHPAD et les mécanismes de responsabilités, lors d'un entretien sollicité par mes soins au siège de la Société Hospitalière d'Assurance Mutuelle (SHAM)¹ à Lyon avec une juriste spécialisée, dans la perspective de l'analyse à réaliser sur le terrain de stage.

La troisième étape a consisté à réaliser une analyse systémique et approfondie du processus de gestion des risques dans les établissements : les étapes, les acteurs, les pratiques. L'observation des pratiques professionnelles, la consultation de la documentation (procédures, retour d'expériences, bilan) a été déterminante pour l'analyse et l'identification des situations à risques.

La quatrième étape a concerné la recherche documentaire et la lecture des ouvrages, des articles et des mémoires cités en bibliographie, qui ont permis d'enrichir le propos et la connaissance afin de situer la conception du risque dans la société et en EHPAD, et d'avoir une connaissance de la réflexion déjà réalisée par des auteurs et des professionnels sur le sujet.

La cinquième étape a consisté à conduire plusieurs entretiens auprès de directeurs d'EHPAD dans le département, afin de recueillir leur expérience sur le sujet (Annexe 1) et à élaborer des questionnaires, le premier à destination du personnel de l'EHPAD La Soubeyrane, le second à destination du personnel de l'EHPAD Le Cigalou, et le troisième destinés aux résidents et à leurs familles, afin de recueillir leur perception de la politique de gestion des risques mise en place et leurs éventuelles propositions d'actions (Annexe 2).

La dernière étape a concerné l'analyse et la hiérarchisation des informations collectées tant sur le terrain que dans la littérature, afin d'élaborer une politique de gestion globale et coordonnée des risques, ainsi qu'un programme d'actions adapté à chaque établissement concerné par l'étude.

¹ SHAM : Société Hospitalière d'Assurance Mutuelle - 18 rue Edouard Rochet - 69372 LYON Cedex 08.
Christelle GAY - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique – 2010

Le **mot risque** est apparu dès le XIV^{ème} siècle dans les assurances maritimes en Italie. La notion de risque s'est ensuite développée dans le cadre du traitement juridique des accidents du travail au XIX^{ème} siècle, avant de se diffuser plus récemment dans tous les domaines de la société, au niveau « *social, économique, technologique, écologique, politique et possède un vocabulaire spécifique : majeur ou diffus, choisi ou subi, le risque est couru, pris, calculé, maîtrisé ou managé* »².

Dans le langage courant, **le risque est défini** comme « *un danger éventuel plus ou moins prévisible* »³ ou « *un danger, inconvénient plus ou moins probable auquel on est exposé* »⁴. Le danger, est quant à lui, « *une situation où l'on est exposé à quelque chose qui légitime une inquiétude ; ce qui constitue une menace, qui compromet l'existence ou le bon état de quelque chose, de quelqu'un* »⁵.

La définition scientifique du risque inclut une double dimension : celle des aléas et celle des pertes, toutes deux probabilisées. En conséquence, un risque se caractérise par deux composantes : le niveau de danger (probabilité d'occurrence d'un événement donné et intensité de l'aléa), et la gravité des effets ou des conséquences de l'événement supposé pouvoir affecter les enjeux. Le sens juridique du risque relève, quant à lui, de la notion d'aléa (éventualité d'un évènement).

Il existe des risques endogènes (internes à l'organisation), exogènes (externes à l'organisation), règlementés (incendie, infectieux, construction, médicamenteux), non règlementés (oubli, maladresse, erreur, accident (chute), malveillance, absence de protocole, non-respect des procédures, absence de consentement), plus ou moins prévisibles (innombrables de gravité variable, liés à l'exposition), acceptables (tolérés par l'opinion publique), inacceptables (non tolérés par l'opinion publique), admissibles (niveau de risque : seuil, normes), mesurables (probabilité statistique), non mesurables, choisis (dépendants de la volonté) ou subis.

Le risque se rapporte à l'incertitude qui entoure des évènements et des résultats futurs. Cependant, une différence s'établit entre les situations à risque (risques avérés) et les situations d'incertitudes (risques suspectés). Le risque sera acceptable (risque ne dépassant pas le seuil du raisonnable) s'il est indemnisable, parce qu'il est consubstantiel à l'activité humaine. Cependant, le risque doit être toléré, si l'on veut toutefois qu'il soit acceptable.

Une **extension de la notion de risque** caractérise le XX^{ème} siècle et la modernité, en raison de sa dimension sociale et culturelle. Le risque moderne implique l'aléa, qui

² PERETTI-WATEL P., 2001, « Sociologie du risque ». Edition La Découverte, 288 p.

³ Définition Petit Robert.

⁴ Définition Larousse.

⁵ Définition Larousse.

autorise alors à concevoir qu'un évènement soit simplement le fruit du hasard, car ne dépendant pas exclusivement de la volonté.

Selon Ulrich BECK, « *Les sociétés sont devenues des manufactures de risques. Les maux, les menaces, les risques, ne viennent plus de l'extérieur inquiéter la société : ils sont engendrés, manufacturés par cette société elle-même* ». ⁶ L'idée d'une société du risque ne signifie pas que le monde est devenu plus dangereux qu'auparavant, cela signifie que le risque est désormais au centre de la vie de chacun. Ceci, de façon négative parce que celui-ci indique ce qui doit être évité et non ce qui doit être fait.

La notion de risque ne désigne pas une catégorie d'évènements particuliers, mais une façon de se représenter les évènements, les objectiver, étendue sans cesse à de nouveaux sujets. Selon Mary DOUGLAS et Aaron WILDAVSKY, « *En choisissant un mode de vie, nous choisissons également de courir certains risques. Chaque forme de vie sociale a son propre portefeuille de risques* ». ⁷

La **gestion des risques** invite à organiser l'identification, l'évaluation et la réduction, des risques, chaque fois que cela est possible, en l'occurrence des résidents, objet de l'étude mais également des visiteurs et des personnels⁸, et « *devient un outil d'aide à la décision* »⁹. La perception du risque AFNOR¹⁰ « *est la manière dont une partie prenante (toute personne, groupe, organisme, susceptible d'affecter, d'être affectés et de se sentir affectés par un risque), considère un risque à partir d'un ensemble de valeurs et de préoccupations* ».

Trois évènements peuvent être à l'origine du risque : une faute (un comportement transgressif, acte ou omission, intentionnel ou non intentionnel), un dommage (sans fait fautif, par une activité exercée, par le fait personnel, personne à la charge, choses sous la garde), une nouvelle norme (obligation de changer, insécurité juridique)¹¹.

Le contrat social se réduit à un contrat d'assurance, pour se prémunir des risques qui doivent être calculés, afin de fonder une politique scientifique. Le tournant des années 1980 a introduit la notion de gérer les risques et non plus de les éradiquer, par la **gouvernance**, la prévention permettant de réduire la probabilité et la protection la réduction de la gravité.

Pourtant, l'inacceptabilité¹² sociale du risque s'illustre par l'exigence du « risque zéro » notamment par le **principe de précaution** qui impose de s'astreindre à une action ou de

⁶ BECK U., 2001, « La société du risque. Sur la voie de la modernité ». Edition Flammarion, 522 p.

⁷ DOUGLAS M., WILDAVSKY A., 1984, « Risk en Culture ». Californie, Presse Universitaire.

⁸ Document unique.

⁹ VERDUN F., 2006, « La gestion des risques juridiques ». Editions d'Organisation, 174.

¹⁰ Agence Française de Normalisation.

¹¹ VERDUN F., 2006, « La gestion des risques juridiques ». Editions d'Organisation, 174 p.

¹² NOIVILLE C., 2003, « Du bon gouvernement des risques. Le droit et la question du « risque acceptable » ». Paris, Presses Universitaires, 235 p.

s'y refuser, en fonction d'un risque potentiel. Il implique la mise en œuvre de mesures proportionnées aux études et à l'évaluation des risques¹³.

Le principe de précaution invite à anticiper sur ce que l'on ne connaît pas encore, à prendre en compte des hypothèses douteuses, de simples soupçons, des prévisions, sans qu'il soit bien facile de les distinguer. D'après François EWALD, « *le principe de précaution implique que l'on renonce au risque zéro, et que l'on cesse de raisonner en termes de seuil acceptable* »¹⁴.

Dans le **domaine de la santé**, des facteurs sont à l'origine d'une modification de la perception et de l'acceptabilité du risque tant pour les usagers que pour les professionnels ces facteurs sont les crises sanitaires (une modification de la perception et de l'acceptabilité du risque sanitaire, la place de la réglementation), l'évolution de la technologie médicale et de la complexité du soin (iatrogénie), le consumérisme médical (exigence), la sinistralité des hôpitaux et la difficulté à maîtriser des interfaces (une chaîne de soins complexe, une coordination difficile, des problèmes d'organisation), le développement de la biomédecine (la personnalisation de la relation, le manque d'écoute, l'absence de transparence), la crise de confiance envers l'hôpital (la désacralisation des médecins, la désacralisation de l'institution hospitalière, le consumérisme hospitalier), l'évolution du droit de la responsabilité hospitalière (faute médicale simple, faute présumée, responsabilité sans faute) et une amplification médiatique des risques.

Cette modification de la représentation des risques a des conséquences juridiques (évolution du droit par une obligation de sécurité résultat), judiciaires (voire une pénalisation de la médecine), assurantielles (une augmentation de la sinistralité, un désengagement des assureurs, une augmentation des primes), et économiques (des mesures de prévention et de gestion des risques) qui remettent en cause, à la fois la gestion des établissements, les organisations mises en place et les pratiques professionnelles.

Dans les établissements de santé, la gestion des risques s'intègre dans une démarche qualité risques évaluation, qui s'inscrit comme pilier dans le manuel de la Haute Autorité de Santé (HAS) dans sa version V 2010 dans le cadre de la certification.

Le cadre réglementaire de la prévention et de la gestion des risques est issu de la circulaire de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation (DHOS) du 29 mars 2004 relative aux recommandations pour la mise en place d'un programme de gestion des

¹³ LARCENEUX A., BOUTELET. 2005, « Le principe de précaution. Débats et enjeux ». D Dijon, Editions Universitaires, Collection Société, 126 p.

¹⁴ EWALD F. en collaboration avec GOLLIER C. et DE SADELEER N., 2001, « Le principe de précaution ». Collection Que Sais-je?, 128 p.

risques dans les établissements publics de santé¹⁵.

La politique nationale de santé s'est largement affirmée ces dernières années avec une volonté de structurer le **management des risques** dans le secteur, afin d'améliorer la sécurité des patients et leur prise en charge, pour faire face aux différentes crises et garantir l'offre de soins en sécurité. Ainsi, une forte incitation se développe pour une réduction des risques dans les structures au travers des textes réglementaires, de la procédure d'évaluation, de la contractualisation entre les établissements et les Tutelles.

Dans ce cadre, il incombe aux structures un certain nombre de contraintes telles que la gestion d'une information réglementaire abondante et évolutive, la nécessité de faciliter la déclaration des effets indésirables en harmonisant les procédures et en organisant le retour d'information, la mise en place d'une traçabilité exhaustive et de qualité, le développement de procédures de gestion des retraits et des diverses mesures conservatoires.

Cette politique de gestion des risques doit être structurée dans les institutions, précédant la **démarche d'amélioration continue de la qualité**, en permettant aux professionnels d'utiliser des méthodes et des outils qui y contribuent.

Cette promotion d'une démarche intégrée de gestion des risques a investi le **secteur social et médico-social**, qui doit cependant, prendre en compte la globalité et la complexité de l'activité d'accompagnement, de soins et d'hébergement, des personnes âgées dans l'établissement. Elle doit s'articuler avec la démarche qualité au sens large.

Les grands principes méthodologiques qui prévalent en matière de gestion des risques, doivent ainsi s'adapter aux spécificités du secteur. En effet, la prise en charge des personnes âgées s'inscrit dans la durée, l'établissement étant considéré comme un lieu de vie, les pathologies des sujets âgés les exposant plus particulièrement à certains risques.

Ainsi, chacun des acteurs doit s'impliquer à son niveau dans la réduction des risques car cette démarche nécessite une approche à la fois individuelle et collective. La dynamique à installer pour la gestion des risques dans une approche systémique est un enjeu d'actualité pour assurer la sécurité des résidents.

Après le secteur sanitaire, **l'évaluation régulière** se généralise maintenant au secteur médico-social. Elle devient une obligation sanctionnée dans le cadre des conventions tripartites^{16 17}. Premièrement, l'auto-évaluation (évaluer la qualité des prestations

¹⁵ DHOS Circulaire 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 publics de santé.

¹⁶ Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

¹⁷ ROUSSEL P., « Les visites de conventionnement en EHPAD. Guide à l'usage des partenaires conventionnel. Rennes, Editions ENSP, 144 p.

délivrées, sur la base de recommandations de bonnes pratiques) et communiquer tous les 5 ans les résultats de cette auto-évaluation aux autorités compétentes, deuxièmement l'évaluation externe tous les 7 ans par des organismes habilités (le renouvellement tous les 15 ans de l'autorisation est subordonnée aux résultats de l'évaluation externe).¹⁸

Dans ce cadre, un des objectifs de l'Agence Nationale de l'Evaluation des Etablissements et des Services Sociaux et Médico-sociaux (ANESM) est de valider les référentiels pour accompagner les établissements et services dans leur démarche d'évaluation continue de la qualité.

Cependant, les contraintes liées au **contexte actuel du financement**¹⁹ pourraient enfermer les établissements dans une logique purement financière, qui doivent impulser une réflexion pour trouver des organisations et des solutions permettant d'assurer la mission de sécurité et de qualité de la prise en charge en alliant les besoins de santé publique, l'innovation, la réflexion éthique tout en respectant ces contraintes financières.

La **multiplication des exigences** qui marque notre époque, s'imposent au système de prise en charge et d'accompagnement du secteur des personnes âgées, notamment en termes de sécurité et de responsabilité et pèsent sur la capacité à répondre à un certain nombre de demandes des usagers.

Dans ce cadre, la loi du 2 janvier 2002²⁰ est une réponse à ce phénomène de société, en faisant évoluer les relations contractuelles entre usagers et organisations gestionnaires. Elle a formalisé les prestations, instauré des **droits et des garanties aux usagers**, mais également des **obligations**. Ainsi, cette loi est venue consacrer le droit de tout usager du secteur social et médico-social « à une prise en charge et à un accompagnement individualisé de qualité »²¹, « en garantissant ses droits et libertés individuels »²².

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, aussi appelée loi Kouchner²³, porte notamment, sur la création d'un titre dans le code de la santé publique relatif à la réparation des risques sanitaires.

De plus, la conférence de consensus des 24 et 25 novembre 2004²⁴, avait rappelé que « *la liberté d'aller et venir dans les structures sanitaires, sociales et médico-sociales*

¹⁸ A noter que ces obligations réglementaires et le cadre du dispositif d'évaluation sont en cours d'évolution dans le secteur.

¹⁹ Projet de Décret relatif à la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes et à la réglementation financière et budgétaire des établissements et services sociaux et médicosociaux, en application de l'article 63 de la LFSS pour 2009.

²⁰ Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

²¹ CASF, art. L. 311-3.

²² CASF art. L. 311-3.

²³ Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

²⁴ Fédération Hospitalière de France, Conférence de consensus, « Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligation de soins et de sécurité »24 et 25 novembre 2004, Ministère de la Santé et de la Protection Sociale, Paris.

constituait un droit inaliénable, dont les restrictions ne se conçoivent que dans des conditions précises, justifiées, écrites et devant être expliquées à la personne ».

Ainsi, les personnes âgées résidant en EHPAD sont, par principe, libres de tout mouvement. Chaque individu se retrouve confronté à la nécessité de gérer les risques qu'il rencontre, cette maîtrise étant considérée comme un des critères de détermination du niveau d'autonomie.

Néanmoins, les EHPAD se voient imposer par le juge une **obligation de surveillance** particulière liée au nécessaire maintien de la sécurité des résidents parfois particulièrement exposés aux risques de chutes, fugues ou suicides, sans pour autant, disposer des outils juridiques légitimant le recours à la contrainte.

La Charte des droits et libertés de la personne accueillie²⁵, indique quant à elle, que la liberté de circulation est garantie « *dans les limites définies dans le cadre de la réalisation de la prise en charge ou de l'accompagnement* ». Dès lors, la problématique se pose d'assurer un niveau de sécurité de nature à exclure tout risque sans entraver la liberté de choix et de mouvements des résidents.

Ainsi, Jean Jacques AMYOT et Alain VILLEZ dans leur travail sur la question « Risque, responsabilité, éthique dans les pratiques gérontologiques »²⁶, observent que dans les EHPAD « *Une organisation trop rigide, allée à un souci d'écartier tout risque de mise en cause de la responsabilité des professionnels, peut conduire à la négation progressive de la liberté, du droit au risque et du droit aux choix des personnes âgées, et mettre à mal la dignité même de ces personnes comme expression des droits fondamentaux reconnus à l'être humain* ».

Pourtant sur le terrain, la surestimation du risque fait partie des pratiques, en raison de l'anxiété et de la peur liées au facteur de risque que représente le vieillissement. L'ouvrage dirigé par les deux auteurs²⁷ montre qu'une réflexion peut être engagée sur les savoir-faire dans l'accompagnement des personnes dépendantes, afin de rechercher des réponses tant collectives qu'individuelles et d'éviter le déplacement du danger opéré dans les pratiques de protection.

Les risques qui engagent la **responsabilité civile ou pénale**²⁸ de l'établissement ou des personnes font l'objet d'une attention particulière, prenant en compte les aspects juridiques, les règles de droit commun s'appliquant puisqu'il n'existe pas de droit

²⁵ Fondation Nationale de Gérontologie, 2007 « Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance ».

²⁶ AMYOT J.J., VILLEZ A., 2001, « Risque, responsabilité, éthique dans les pratiques gérontologiques ». Paris, Ed. Dunod, Fondation de France, 216 p.

²⁷ AMYOT J.J., VILLEZ A., 2001, « Risque, responsabilité, éthique dans les pratiques gérontologiques ». Paris, Ed. Dunod, Fondation de France, 216 p.

²⁸ Code Civil, Code Pénal.

spécifique dans ce secteur. Ainsi, la montée de la judiciarisation implique un changement de prise en compte du risque, nécessitant une analyse précise et une adaptation des pratiques institutionnelles et professionnelles.

En tant que personnes morales, les établissements, sont civilement responsables des dommages causés par leur personnel, y compris le personnel de direction et le personnel médical salarié. Ainsi, l'agent public n'engage sa responsabilité civile que s'il commet une faute personnelle (manquement volontaire et inexcusable à des obligations d'ordre professionnel et déontologique).

D'autre part, la loi dite Fauchon²⁹, étend la responsabilité pénale pour fait d'imprudence ou de négligence à toute personne ayant contribué même indirectement, à la réalisation d'un dommage et non plus seulement à l'auteur direct du manquement. La responsabilité de l'encadrement, voire celle des équipes de direction peut être ainsi engagée pour des manquements aux règles de sécurité.

La Loi du 4 mars 2002³⁰, quant à elle, introduit le principe de l'engagement de la responsabilité sur la base de la faute, prévoyant le maintien du renversement de la charge de la preuve pour les infections nosocomiales.

Pour ce qui concerne le risque pénal en EHPAD, celui-ci est en lien direct avec **l'obligation générale de sécurité**. Dans la plupart des cas, le personnel se verra reprocher une infraction non intentionnelle causée par imprudence et négligence, manquement à une obligation de prudence ou de sécurité prévue par la loi ou le règlement (décès du résident « *homicide involontaire* »³¹, résident blessé « *blessures involontaires* »³²).

On attend ainsi des EHPAD (à tort) une véritable obligation de résultat en termes de sécurité des résidents. Or, juridiquement, il s'agit d'une **obligation de moyens**, ce qui suppose que leur responsabilité ne saurait être engagée sans que la preuve d'une faute soit apportée, en l'occurrence un défaut de surveillance, « *une faute d'imprudence est constituée en cas d'imprudence ou négligence (défaut de surveillance) ou manquement à une obligation de prudence ou de sécurité prévue par la loi ou le règlement (non-respect des règles de lutte contre les infections nosocomiales)* »³³. Ainsi, lorsqu'une personne âgée est victime d'un dommage, seul l'auteur du dommage, est en principe, responsable.

Il en résulte que la responsabilité de l'EHPAD ne peut être engagée que si le juge estime que le niveau de surveillance mis en place n'était pas adapté à l'état de santé du résident.

²⁹ Loi n°2000-647 du 10 juillet 2000 tendant à préciser la définition des délits non intentionnels J.O. n°159 du 11 juillet 2000.

³⁰ Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

³¹ Article 221-6 CP.

³² Articles 222-19 et 222-20 CP.

³³ Article 121-3 al 3 CP.

Le juge se livre, dès lors, à une appréciation souveraine des circonstances de l'incident en se basant sur différents critères relatifs à la fois à l'établissement et au résident. Il prend en compte les prestations fournies par la structure, et sera d'autant plus exigeant sur le niveau de surveillance que l'établissement ou le service est spécialisé dans la prise en charge des personnes dépendantes ou vulnérables. L'état du résident constitue, lui aussi, un critère pris en compte par le juge, concernant les antécédents connus ainsi que le comportement juste avant l'acte ayant causé le dommage. En effet, il est de jurisprudence constante que le niveau de surveillance ne saurait être standard et doit être adapté à chaque personne.

En tout état de cause, de manière générale, il ne saurait être reproché à un établissement de ne pas avoir anticipé un événement dommageable, c'est-à-dire que le personnel n'était pas en mesure de prévoir.

Dans ce contexte, les EHPAD sont aujourd'hui confrontés à un véritable défi passant par la mise en place d'une **politique globale de gestion des risques** impliquant l'ensemble des acteurs grâce à l'engagement humain et financier des managers qui le dirigent.

La gestion des risques en EHPAD se distingue de l'aléa et de la précaution car elle engage la responsabilité de la direction, évite les plaintes et les situations de crises, et protège le personnel, sans aboutir à une « *négation de la liberté, du droit au risque et aux choix des personnes âgées accueillies* »³⁴.

Dans ce cadre, il s'agit de mettre en œuvre une démarche de gestion des risques, en différentes étapes relevant de l'identification, de l'analyse, de la planification et de la mise en œuvre d'action, et enfin de l'évaluation.

Ainsi, dans le cadre du contexte professionnel, l'étude a permis de réaliser l'analyse de la gestion des risques des situations de stage (1), suivie de l'élaboration d'une politique globale de gestion des risques basée sur des axes de préconisations générales (2), afin de parvenir aux modalités d'application ainsi qu'à la réflexion concernant la difficile conciliation entre la liberté et la sécurité dans la prise en charge et l'accompagnement des résidents (3).

³⁴ AMYOT J.J., VILLEZ A., 2001, « Risque, responsabilité, éthique dans les pratiques gérontologiques ». Paris, Ed. Dunod, Fondation de France, 216 p.

1 L'ANALYSE DE LA GESTION DES RISQUES DES SITUATIONS DE STAGE.

Le thème du mémoire a permis de réaliser, sur les deux EHPAD constituant le lieu de stage, l'un annexé au Centre Hospitalier de La Ciotat, l'autre autonome mais rattaché depuis plus d'un an par une convention de direction commune, une confrontation des réalités de terrain de par les savoir-faire, les pratiques professionnelles, la perception des risques par les personnels, avec les cours théoriques dispensés à l'Ecole de Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) et les références issues de la littérature.

Une démarche de maîtrise des risques dans le domaine médico-social associe généralement une gestion des incidents ou accidents à une réflexion d'anticipation des risques. Celle-ci conduit l'établissement à s'approprier les méthodes d'analyse de risque.

L'analyse des risques est l'ensemble des méthodes qui concourent à quantifier les risques du projet et à permettre l'éclairage des décisions. Elle s'appuiera sur une grille utilisée par la Société Française de Gestion des Risques en Etablissements de Santé (SoFGRES)³⁵, présentée lors du Congrès-Salon Préventica³⁶, soit l'analyse par problème, par référentiel, par processus et par résultat, après la présentation de chaque établissement concerné par la présente étude.

1.1 L'EHPAD Le Cigalou à La Ciotat.

1.1.1 La Présentation de l'établissement.

Le Centre Hospitalier (CH) de La Ciotat est un établissement de 370 places qui se répartissent en 129 lits de Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO) à l'Hôpital (57 lits de médecine, 41 lits de chirurgie, 20 lits de gynécologie-obstétrique-maternité), 5 lits de SSR (Soins de Suites et de Réadaptation) et 6 lits de surveillance continue, 155 places dans deux EHPAD, 66 places en Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) et 20 places en Hospitalisation à Domicile (HAD). Le Centre Hospitalier de La Ciotat dispose de 30 lits

³⁵ La SoFGRES est une association loi 1901 à but non lucratif destinée à promouvoir la gestion des risques en établissement de santé.

³⁶ Congrès-Salon Préventica, 4^{ème} Edition Préventica Méditerranée, 16 au 18 mars, « La référence de sécurité au travail », Marseille.

autorisés non encore installés, ce qui permet d'entrevoir des possibilités d'ouverture de places. Le personnel médical se compose de 14 Praticiens Hospitaliers (PH) Temps Plein, de 11 PH Temps partiel, de 7 assistants et de 27 attachés. L'effectif en personnel non médical représente 469,84 Equivalent Temps Plein (ETP) soit 61,34 personnels administratifs, 314,94 soignants, 67,53 techniques, et 26,03 médico-techniques.

Les deux EHPAD publics annexés au Centre Hospitalier sont habilités par l'aide sociale. Outre l'hébergement, y sont installés un accueil de jour de 14 places Alzheimer et une consultation mémoire. La moyenne d'âge dans les deux structures est de 84 ans, l'âge des résidents hébergés s'étalant de 60-104 ans. Ces deux EHPAD, travaillent en collaboration avec le service d'hospitalisation à domicile du Centre Hospitalier, afin d'assurer la prise en charge des résidents dans leur espace de vie privée, la chambre. De plus, la dispensation de soins palliatifs est assurée par le SSIAD.

En raison de ce rattachement au CH de La Ciotat, le Conseil d'Administration (CA) et désormais le Conseil de Surveillance de l'hôpital décide de la politique générale des établissements. Le Directeur adjoint en charge des EHPAD met en œuvre le projet d'établissement, assure la gestion quotidienne des structures et garantit la qualité des prises en charge en coordonnant le travail des équipes et en favorisant l'expression des usagers et de leurs proches.

L'un de ces deux établissements, - l'EHPAD Le Cigalou - était l'un des deux terrains de stage. Cette structure prend en charge des personnes handicapées mentales vieillissantes et des personnes âgées. Pour cela, elle dispose de 36,40 ETP pour 65 places soit un ratio global lit/poste budgétaire ETP de 0,56, le Gir Moyen Pondéré (GMP) est de 651,13 (Gir 1 : 7 résidents, Gir 2 : 17, Gir 3 : 18, Gir 4 : 13 et Gir 5 : 7) et le Pathos Moyen Pondéré (PMP) est de 82, le tarif est partiel sans Pharmacie à Usage Interne (PUI).

L'EHPAD Le Cigalou qui est situé à deux pas de la gare de La Ciotat et bénéficie d'une superbe vue sur la baie, a connu une rénovation et dispose désormais de 65 lits (non plus 38), ainsi que de prestations hôtelières de dernière génération. Le Cigalou est organisé sur 4 étages avec au rez-de-chaussée la salle de séjour et de restauration, sur trois paliers les chambres dont la répartition est effectuée en fonction du profil et de l'état de santé des résidents, et au dernier palier une salle d'animation. Une équipe de nuit assure la sécurité et la continuité des prises en charge de 20h30 à 6h30. Le médecin coordonnateur et le cadre de santé garantissent avec le Directeur, la mise en œuvre du projet d'établissement, ainsi que le respect des règles éthiques et déontologiques.

Dans cet établissement, le Conseil de la Vie Sociale (CVS)³⁷ qui rassemble les

³⁷ Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

représentants élus des résidents, des familles, des instances de l'établissement ainsi que du personnel, se réunit régulièrement pour examiner les décisions prises ou à prendre et les points concernant le fonctionnement quotidien.

1.1.2 L'identification de la gestion des risques.

A) L'analyse par problème.

Dans ce premier établissement, les événements sont recueillis et déclarés sous la forme d'une fiche de signalement des événements indésirables à destination de la cellule qualité du CH.

L'analyse des Evènements Indésirables de l'EHPAD Le Cigalou se retrouve dans le bilan réalisé par la cellule qualité du Centre Hospitalier. La responsable qualité en poste au CH établit chaque année un « relevé des événements indésirables » sur la base des déclarations effectuées.

Ce bilan évoque le nombre d'évènements indésirables, la répartition par service, le nombre d'évènements recensés par mois, la répartition par nature d'évènements indésirables, les tableaux évolutifs des cinq dernières années.

Le nombre d'évènements indésirables recensés a évolué comme suit : 483 en 2005, 491 en 2006, 395 en 2007, 452 en 2008 et 337 en 2009.

Ainsi, en 2008, sur 452 événements indésirables, 21 concernaient Le Cigalou, et pouvant être de différentes natures : accueils/admission, procédures diagnostiques et thérapeutiques, organisation/logistique, transport, environnement, atteintes corporelles, prestations hôtelières, relation/information/communication, sortie/suivi. Cependant, le détail n'étant pas effectué concernant l'EHPAD, une analyse précise n'est pas réalisable.

En 2009, 331 événements indésirables ont été déclarés, donc une diminution, mais une augmentation pour Le Cigalou puisque 31 événements le concernaient.

L'assistante qualité élabore au sein de l'hôpital une synthèse annuelle du nombre de déclarations de chutes qui incorpore également l'EHPAD Le Cigalou. L'étude de cette fiche permet d'avoir un regard sur l'état du résident (à jeun, fièvre, malaise, agité, habillement), les circonstances (aide technique, port de lunettes, heure), l'environnement (lieu, obstacle, sol glissant, éclairage), les conséquences (appel médecin, transfert urgences). Cependant, un retour d'information n'est pas transmis aux membres du personnel afin de formuler des actions correctrices.

B) L'analyse par référentiel.

La cellule qualité a formalisé un certain nombre de documents constituant le système référentiel du CH, relatif à la gestion et à la prévention des risques qui est le suivant :

- Règlement intérieur du Comité de Sécurité des Vigilances et des Risques (COVIRIS).
- Fiche de Signalement des Evènements Indésirables (FSEI). (*Annexe 3*)
- Procédure de recueil d'informations lié aux chutes des patients.
- Fiche de déclaration de chute (*Annexe 4*).
- Fiche de prévention des chutes : quels points essentiels à retenir ?
- Protocole chute : conduite à tenir.
- Evaluation des Pratiques Professionnelles : Prévention du risque de chutes chez le sujet âgé de 75 ans et + dans le service de médecine polyvalente.
- Procédure en cas de disparition ou de fugue d'un résident.
- Procédure de demande d'actions de progrès (DAP).
- Fiche de demande d'actions de progrès.

Cependant, à ce jour, seules les FSEI et la Fiche de déclaration de chute ont été mises en place au sein de l'EHPAD Le Cigalou.

C) L'analyse par processus.

Le CH de La Ciotat dispose d'une fiche de criticité. Elle permet d'évaluer la criticité des risques par la gravité du dommage :

- Faible : brusquerie.
- Moyenne : menace verbale ou physique.
- Elevée : privations de besoins fondamentaux : droits, biens, soins, hygiène, nourriture, alimentation.
- Très élevée : atteinte à l'intégrité corporelle, violence physique.

Mais également par la fréquence d'exposition au risque :

- Occasionnelle : moins de 11 fois par an.
- Intermittente : de 1 à 3 fois par mois.
- Fréquente : de 1 à 6 fois par semaine.
- Très fréquente : de 1 à 10 fois par jour.
- Permanente : plus de 10 fois par jour, ou en continu.

Cependant, cette fiche n'a pas été instaurée au sein de l'EHPAD.

Au CH de La Ciotat, il existe deux types de tableaux de bord :

- Grille d'analyse d'un accident lié aux soins.

- Analyse préliminaire des risques et revue des préventions associées (liste préliminaire des risques).

Ces tableaux de bord n'ont pas été également mis en place au niveau de l'EHPAD.

D) L'analyse par résultat.

Dans le cadre de cette étude, un questionnaire destiné à l'ensemble du personnel ainsi qu'aux résidents et de leurs familles a été élaboré et distribué, les résultats sont présentés ci-après.

Pour le personnel :

Le personnel ayant rempli le questionnaire proposé est au nombre de treize (36,40 ETP).

Concernant la FSEI, Fiche de Signalement des Evènements Indésirables, 10 membres du personnel ont connaissance de son existence et 3 n'en ont pas connaissance, 4 personnes pensent concomitamment qu'elles permettent une amélioration pour l'EHPAD et la prise en charge des résidents, 2 personnes pensent qu'elles permettent une amélioration pour l'EHPAD seulement, 5 une amélioration de la prise en charge des résidents seulement et 2 n'ont pas d'opinion sur la question.

La fiche relative à la déclaration des chutes établi par la cellule qualité du CH de La Ciotat et instauré au sein de l'EHPAD est connue par 7 membres du personnel, inconnu par 4 personnes (2 sans réponse).

La prévention des risques liés à l'hébergement est jugée pour le risque incendie comme moyenne avec 5 réponses, médiocre avec 4 réponses, satisfaisante avec 3 réponses et très satisfaisante avec 1 réponse, pour le risque alimentaire comme moyenne avec 8 réponses, satisfaisante avec 4 réponses et médiocre avec 1 réponse, pour le risque électrique comme satisfaisante avec 6 réponses, moyenne avec 5 réponses et médiocre avec 2 réponses.

La prévention des risques liés aux soins, celle liée aux risques médicamenteux est considérée comme satisfaisante avec 5 réponses, moyenne avec 4 réponses et médiocre avec 1 réponse (3 sans réponse), celle liée aux risques infectieux est considérée comme satisfaisante avec 5 réponses, moyenne avec 3 réponses et médiocres avec 3 réponses (2 sans réponse), pour les diagnostics et les soins la prévention est considérée comme satisfaisante avec 7 réponses, moyenne avec 1 réponse et médiocre avec 3 réponses.

Pour ce qui concerne les risques liés à la vigilance et la surveillance, la prévention des fugues est jugée en majorité comme satisfaisante avec 8 réponses, moyenne avec 3 réponses, médiocre avec 2 réponses, pour les chutes, la prévention est jugée en majorité comme satisfaisante avec 8 réponses, moyenne avec 4 réponses et médiocre avec 1 réponse, enfin l'organisation des sorties est jugée en majorité comme satisfaisante avec 7

réponses, comme moyenne avec 3 réponses et médiocre avec 2 réponses.

La qualité de la prévention des risques dans cet établissement est définie comme satisfaisante dans la majorité des cas, sauf pour les risques alimentaire et incendie, pour lesquels la qualité est évaluée comme moyenne dans la majorité des cas.

A noter que la prévention du risque médicamenteux et du risque infectieux est jugée également comme moyenne pour un tiers des personnes, et que la prévention de l'ensemble de ces risques est considérée comme médiocre par certain personnel.

Le personnel juge les mesures de contention efficace avec 11 réponses, très efficace avec 1 réponse mais pas efficace dans 1 cas.

En ce qui concerne la démarche qualité et son programme d'actions, 16 personnes en ont connaissance, et 7 personnes n'en n'ont pas connaissance.

Seul trois membres du personnel ayant répondu à l'enquête ont effectué une formation sur la gestion des risques dans le courant des derniers mois.

Pour les résidents et les familles :

L'ensemble des résidents et des familles ayant répondu aux questionnaires (22) se sentent en sécurité dans l'établissement (65 distribués).

Pour ce qui concerne la connaissance des mesures de prévention pour la sécurité incendie, 10 en ont connaissance, 12 n'en ont pas connaissance, pour la sécurité alimentaire 6 en ont la connaissance et 15 n'en ont pas connaissance (1 sans réponse), pour la sécurité électrique 11 en ont la connaissance et 10 n'en ont pas connaissance (1 sans réponse).

La prise en compte de l'hygiène dans l'établissement est considérée comme très satisfaisante pour 14 personnes, satisfaisante pour 6 personnes et moyenne pour 1 personne (1 sans réponse).

La qualité des soins médicaux dispensés dans l'établissement est jugée comme très satisfaisante avec 10 réponses, satisfaisante pour 10 personnes, moyenne pour 2 personnes.

Les mesures de prévention liées aux risques de fugue et de chute dans l'établissement sont évaluées comme efficaces avec 10 réponses, très efficaces pour 8 personnes, peu efficaces pour 2 personnes (2 sans réponse).

La qualité de l'organisation de la vigilance et de la surveillance dans l'établissement est considérée comme très efficace pour 12 personnes, efficace pour 7 personnes, moyenne pour 2 personnes et peu efficace pour 1 personne.

Dans l'ensemble, les mesures de prévention sont méconnues par les personnes ayant

répondu au questionnaire, cependant les résidents et les familles sont majoritairement satisfaits des mesures de prévention mises en œuvre.

1.2 L'EHPAD La Soubeyrane à Cassis.

1.2.1 La présentation de l'établissement.

L'EHPAD La Soubeyrane de Cassis, deuxième terrain de stage, a été rattaché au Centre Hospitalier de La Ciotat par convention de direction en janvier 2009. L'établissement est situé en plein cœur de la ville et bénéficie de tous les services de proximité tels que la mairie, la poste, l'église, les banques, le marché, les magasins. Il a été rénové en 1994 afin de répondre aux normes de sécurité, d'hygiène et d'accessibilité en vigueur, tout en conservant le charme d'une petite structure chaleureuse et familiale. L'établissement accueille des résidents des cantons de La Ciotat et des communes de Cassis, La Bédoule et Carnoux.

La maison de retraite héberge des résidents valides, ou aux handicaps lourds et légers, ou désorientés, et dispose pour cela de 30,45 ETP pour 48 places soit un ratio global lit/poste budgétaire ETP de 0,63, le Gir Moyen Pondéré est de 527,27 (Gir 1 : 4 résidents, Gir 2 : 9, Gir 3 : 9, Gir 4 : 14, Gir 5 : 6 et Gir 6 : 5) et le Pathos Moyen Pondéré est de 105, le tarif est partiel sans Pharmacie à Usage Interne.

L'organisation du bâtiment s'articule autour du bien-être et du bien vivre des résidents. Au rez-de-chaussée sont rassemblés les parties communes et plusieurs salons. Le hall d'accueil s'ouvre sur l'animation de la rue et sur le calme du jardin avec terrasses, pergola, jeu de boules, barbecue. Un ascenseur dessert les deux étages du bâtiment et conduit aux petits salons équipés de kitchenette et de téléviseur ainsi qu'un salon de coiffure. Les chambres se situent sur deux étages, dont la répartition est effectuée en fonction du profil et de l'état de santé des résidents. Tous les locaux sont accessibles aux fauteuils roulants, ils offrent une autonomie de déplacement à la personne âgée et respectent son intimité.

Le Conseil de la Vie Sociale (CVS)³⁸ rassemble les représentants élus des résidents, des familles, du Conseil d'Administration ainsi que du personnel, se réunit trois fois par an pour examiner les décisions qui seront soumises au Conseil d'Administration et les points concernant le fonctionnement quotidien.

³⁸ Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

1.2.2 L'identification de la gestion des risques.

A) L'analyse par problème.

Dans cet établissement seule l'analyse des chutes, est réalisée chaque année, aucun autre risque ou Evènement Indésirable n'est comptabilisé.

En 2009, 114 chutes ont été enregistrées, avec comme conséquences hospitalières : 4 fractures du col du fémur, 1 fracture d'épaule, 1 plaie suturée, 1 tassement et fracture vertébrale. Les prescriptions ont été les suivantes : ceinture de maintien, barrières de lits, changement de chaussure, ceinture de maintien au lit, kinésithérapie, changement de lit, mise en fauteuil roulant, déambulateur. A noter que, l'établissement dispose d'un formulaire de consentement éclairé en vue d'une contention pour la signature de la personne de confiance nommée par le résident.

En 2008, 135 chutes ont été enregistrées, avec comme conséquences hospitalières : 2 fractures du col du fémur, 1 fracture d'épaule, 6 plaie suturées. Tout au long de l'année 2008, les mesures de prévention ont été les suivantes : ceinture de maintien, barrières de lits, changement de chaussures, mise systématique en fauteuil roulant, observations de plusieurs chutes, prescription de séances de kinésithérapie.

En 2007, 124 chutes ont été enregistrées, dont 6 dues aux travaux de la rue où se trouve l'entrée de la Maison de Retraite et permettant d'accéder au cœur du village, avec comme conséquences hospitalières : 3 fractures d'épaule, 2 sutures, 7 petites plaies.

En 2006, 168 ont été enregistrées, avec comme conséquences hospitalières : 3 fractures du col du fémur, 1 fracture d'épaule, 3 sutures.

Un bilan des déclarations de chutes est réalisé chaque année, retraçant le nombre de chutes, les conséquences sans gravité, les conséquences hospitalières, les causes, les personnes concernées, les actions mises en œuvre.

B) L'analyse par référentiel.

Le système référentiel instauré au sein de l'EHPAD La Soubeyrane est le suivant :

Protocoles gériatriques médicaux :

- Protocole pour Bacteri-multirésistantes (BMR) et autres pathologies.
- Protocole d'élimination des déchets à risques infectieux.

- Protocole sur la maltraitance de la personne âgée.
- Protocole pour accord médical de mise en place d'une contention.
- Protocole de conduite à tenir devant les troubles d'urgence « vague de chaleur canicule ».
- Protocole de prévention de la chute en institution (*Annexe 5*).
- Protocole de la prise en charge de la douleur chez la personne âgée.
- Protocole sur les régimes alimentaires.
- Protocole grippe.
- Protocole de prise en charge d'une poussée hypertensive.

Protocole Infirmière Diplômée d'Etat (IDE) et Aide-Soignante (AS) :

- Protocole général de soins (lavage des mains).
- Protocole de maintien de l'autonomie chez les personnes âgées semi-dépendantes.
- Protocole de soins concernant les problèmes cutanés.
- Protocole de pansement.
- Conduite à tenir face à une situation d'urgence.
- Protocole toilette et douche.
- Protocole distribution et de préparation des médicaments.
- Protocole de prévention d'escarre.
- Protocole d'aide à la marche.
- Protocole de change.
- Protocole de déshydratation et de dénutrition.
- Protocole sur le coucher.
- Protocole de surveillance de nuit.

Protocole Agent du Service Hospitalier (ASH) :

- Protocole général d'entretien.
- Protocole général de sécurité.
- Protocole d'utilisation des produits d'entretien et sac poubelle.

Protocole pour les ASH de Salle à Manger :

- Protocole d'utilisation des produits d'entretien.
- Protocole lavage des mains.
- Protocole général d'entretien.
- Protocole général de sécurité.
- Protocole d'aide et d'assistance alimentaire.

Protocole lingerie :

- Protocole lavage des mains.
- Protocole général d'entretien des locaux.

- Protocole sécurité.
- Protocole de tri et d'entretien du linge.

Tableau de signature des personnels après prise de connaissance des protocoles.

Evaluation des protocoles.

Fiche de déclaration des chutes.

C) L'analyse par processus.

L'établissement de Cassis n'a pas mis en place de cartographie des processus, ni de cartographie des risques.

D) L'analyse par résultat.

Dans le cadre de cette étude, un questionnaire à destination des personnels, des résidents et de leurs a été élaboré et distribué, les résultats sont présentés ci-après.

Pour le personnel :

Le personnel ayant rempli le questionnaire proposé est au nombre de dix-sept (30,45 ETP).

Concernant la fiche relative à la déclaration des chutes, 10 membres du personnel l'utilisent et pensent qu'elle permet une mise en sécurité du résident, 2 l'utilisent mais ne pensent pas qu'elle permette une sécurisation, 5 ne l'utilisent pas mais pensent qu'elle permet une mise en sécurité du résident.

La prévention des risques liés à l'hébergement, est jugée pour le risque incendie comme satisfaisante 10 réponses, voire très satisfaisante avec 7 réponses, pour le risque alimentaire comme satisfaisante 6 réponses, voire très satisfaisante avec 9 réponses mais moyenne pour 1 réponse (1 sans réponse), pour le risque électrique comme satisfaisante 9 réponses, voire très satisfaisante avec 5 réponses, mais moyenne pour 3 réponses.

Pour la prévention des risques liés aux soins, celle liée aux risques médicamenteux est considérée comme satisfaisante avec 7 réponses voire très satisfaisante avec 9 réponses (1 sans réponse), celle liée aux risques infectieux est considérée comme satisfaisante avec 7 réponses, voire très satisfaisante avec 7 réponses, sauf pour 2 réponses puisque considérée comme moyenne (1 sans réponse), pour les diagnostics et les soins la prévention est également considérée comme satisfaisante avec 5 réponses, voire très satisfaisante avec 10 réponses, sauf dans un cas, jugée moyenne (1 sans réponse).

En ce qui concerne les risques liés à la vigilance et la surveillance, la prévention des fugues est jugée en majorité comme moyenne avec 10 réponses, mais médiocre avec 4 réponses, et seulement satisfaisante pour 3 membres du personnel, pour les chutes, la prévention est jugée en majorité comme satisfaisante avec 11 réponses, voire très

satisfaisante avec 2 réponses, mais comme moyenne avec 4 réponses, enfin pour l'organisation des sorties est jugée comme satisfaisante avec 10 réponses, voire très satisfaisante avec 4 réponses, mais également comme moyenne avec 3 réponses.

Le personnel juge les mesures de contention efficaces avec 7 réponses et très efficaces à 9 réponses (1 sans réponse).

La qualité de la prévention des risques dans cet établissement est définie en majorité comme très satisfaisante pour le risque alimentaire, médicamenteux, diagnostic et soins, comme satisfaisante pour les risques incendie, électrique, chute et sortie, pour le risque infectieux les avis sont autant partagés par une qualité très satisfaisante et satisfaisante.

En revanche, pour ce qui concerne le risque de fugue la prévention est jugée moyenne dans la majorité des cas. Tous les risques à l'exception de l'incendie et des sorties sont cités mais peu comme moyen.

Seule la prévention du risque de fugue est considérée en majorité comme moyenne voir médiocre.

Pour ce qui concerne la démarche qualité et de son programme d'action, 13 personnes en ont connaissance, mais 1 personne juge sa connaissance insuffisante et 2 personnes n'en n'ont pas connaissance (1 sans réponse).

Aucun des membres du personnel ayant répondu à l'enquête n'a effectué une formation sur la gestion des risques dans le courant des derniers mois.

Pour les résidents et les familles :

L'ensemble des résidents et des familles ayant répondu aux questionnaires (9) se sentent en sécurité dans l'établissement (48 questionnaires distribués).

Pour ce qui concerne la connaissance des mesures de prévention pour la sécurité incendie, 5 en ont connaissance, 3 n'en ont pas connaissance (1 sans réponse), pour la sécurité alimentaire et électrique en ont la connaissance et 5 n'en ont pas connaissance (2 sans réponse).

La prise en compte de l'hygiène dans l'établissement est considérée comme satisfaisante pour 6 personnes, très satisfaisante pour 2 personnes et moyenne pour 1 personne.

La qualité des soins médicaux dispensés dans l'établissement est jugée en majorité comme très satisfaisante avec 5 réponses, satisfaisante pour 3 personnes (1 sans réponse).

Les mesures de prévention liées aux risques de fugue et de chute dans l'établissement sont évaluées comme efficaces avec 5 réponses, très efficaces pour 2 personnes, peu efficaces pour 1 personne (1 sans réponse).

La qualité de l'organisation de la vigilance et de la surveillance dans l'établissement est considérée comme efficace pour 5 personnes, très efficace pour 3 personnes et peu efficace pour 1 personne.

Dans l'ensemble les mesures de prévention sont méconnues par les personnes ayant répondu au questionnaire, cependant les résidents et les familles sont majoritairement satisfaits des mesures de prévention mises en œuvre.

Dans les deux établissements concernés, une certaine dynamique est instaurée, mais il est nécessaire d'implanter une politique globale de gestion des risques car les professionnels ne disposent pas ou ne maîtrisent pas les outils ni les méthodes d'amélioration des bonnes pratiques eu égard les situations vraisemblables de risques.

Au Cigalou, il manque une diffusion des règles pratiques et d'organisation sous la forme de protocoles qui devra être réalisée afin de permettre la mise à disposition de l'information.

A la Soubeyrane, il sera nécessaire d'évaluer la pratique car il s'agit non seulement de s'assurer que les références sont connues mais également qu'elles sont appliquées.

Cette analyse initie une évaluation et un traitement du risque, afin de déterminer le programme d'actions d'amélioration et de réduction des risques, sur la base d'une démarche méthodologique de gestion des risques articulée par des axes de préconisations.

2 L'ELABORATION D'UNE POLITIQUE GLOBALE DE GESTION DES RISQUES PAR LA METHODE DES QUATRE DIMENSIONS DE SHORTELL³⁹.

Une multitude de risques sont encourus par les résidents des EHPAD, un des objectifs est de construire des outils d'approche pédagogique et managériale afin de promouvoir une culture du risque maîtrisée.

Avant d'envisager toute prévention et toutes mesures de correction des types de risques, il faut savoir de quels risques il s'agit, quelle en est la quantification, quels sont les outils disponibles à leur maîtrise, quelles sont les possibilités d'évaluation.

Ainsi, se prémunir des risques, et limiter les conséquences c'est :

- procéder à des mesures des risques et à des évaluations,
- lancer des actions de réduction, de prévention des risques,
- élaborer et lancer des actions de limitation des conséquences.

Il s'agit d'instaurer deux logiques, une approche proactive (gestion des risques à priori) c'est-à-dire des procédures et des techniques à appliquer et des consignes à observer ainsi qu'une approche réactive (gestion des risques à postériori).

L'approche proactive concerne l'analyse préliminaire des risques (APR), étant une méthode d'analyse qualitative et inductive partant d'évènements primaires afin de prioriser les actions (cartographie des risques) pour aboutir à des scénarios d'évènements redoutés.

L'approche réactive exploite les données de terrain issues de supports spécifiques, afin d'analyser les informations recueillies, puis proposer et mettre en place des actions d'amélioration.

L'objectif de la politique de traitement préventive sera de modifier les comportements transgressifs ou les situations dangereuses par l'instauration de processus et de mesures utiles.

L'utilisation de la méthode de Shortell permettra de dégager une politique de gestion des risques dans un établissement sur la base de préconisations générales, sur laquelle, après énonciation il s'agira de s'appuyer pour la mise en œuvre de préconisations en lien avec les particularités liées aux dimensions et aux spécificités de chacun des deux terrains de stage.

³⁹ Démarche identifiée par Stephen M. SHORTELL en 1994, Professeur à l'université de Californie.

2.1 La dimension stratégique : la mise en place d'un management des risques.

La dimension stratégique fait référence à la politique de l'établissement et à l'implication des instances ainsi que celle de la direction, mais également des responsables et acteurs opérationnels dans sa mise en œuvre.

2.1.1 L'implication de la direction.

La direction doit instaurer un management des risques à destination des résidents par l'impulsion d'une politique générale de sécurité, d'une organisation (comité, ressources), d'une réflexion sur la prévention et la gestion des risques, mais également l'organisation d'un retour d'information et un plan de communication, ainsi que le contrôle et l'évaluation de ce système de management des risques.

2.1.2 La création d'un comité de gestion des risques.

La mise en place d'une instance spécifique dédiée au risque dans chaque établissement permettra l'élaboration et la mise en œuvre d'un système de management des risques en lien avec l'engagement et l'impulsion du directeur dans ce domaine.

Celle-ci interviendra au sein de la structure en ayant pour missions, de :

- proposer pour validation par les différentes instances des règles de fonctionnement,
- implanter le système de management (recueil, système d'information, modalités d'analyse et de traitement),
- adopter une méthode de gestion du risque et un accompagnement dans la mise œuvre,
- mettre en place un programme de formation,
- coordonner des activités de gestion des risques,
- analyser les accidents et mettre en place de mesures correctrices,
- identifier les secteurs et les processus à risques,
- regrouper l'analyse des différentes sources d'informations,
- participer à la hiérarchisation des risques et au choix des mesures,
- transmettre des informations,
- mettre en place l'évaluation de l'efficacité du système de management des risques.

Le comité de gestion des risques pour encadrer au mieux cette mission prépondérante dans la prise en charge des usagers en lien avec les obligations réglementaires de sécurité devra être composé, de différents professionnels intervenant dans la structure : le directeur et/ou directeur adjoint, le médecin coordonnateur (responsable opérationnel), le cadre de santé (responsable opérationnel), une assistante qualité, une infirmière (hygiéniste), un pharmacien fournisseur, des membres du personnel représentant chacune des catégories de personnel (AS et ASH notamment).

Ce comité sera une aide à la mise en place d'actions et permettra de favoriser la dynamique de l'équipe pluridisciplinaire en provoquant des échanges sur l'organisation des travaux, les résultats obtenus et les axes de progrès à dégager.

2.1.3 Le rôle des responsables opérationnels.

Les responsables opérationnels, qui sont le médecin coordonnateur et le cadre de santé (cadre de proximité), doivent assurer une gestion des risques en identifiant les risques types afférant au domaine des EHPAD et à la structure même, afin de prendre les mesures nécessaires pour les éliminer, les réduire ou les prévenir.

Ils travaillent tous deux en étroite collaboration et coordination, afin d'identifier et de suivre les risques inhérents aux résidents, activités, ressources-humaines, matériels, environnement, de mettre en place un dispositif de sensibilisation des usagers et des personnels, d'informer et de former les personnels afin de parvenir à leur implication, de contrôler le programme de gestion des risques, de participer au système de management des risques conjointement avec le directeur, et d'évaluer régulièrement l'efficacité du système.

2.1.4 Le rôle des acteurs opérationnels.

Les acteurs opérationnels, membres du personnel représentant chacune des catégories de personnel, participent à la gestion des risques dans leur secteur de compétence et d'activité afin de prendre connaissance de la politique et du dispositif de gestion des risques (documents, formation, réunions), d'appliquer et de respecter les règles de fonctionnement liées à la gestion des risques, d'assumer la responsabilité des gestes et des actes dans le cadre des fonctions attribuées, et enfin de signaler les dysfonctionnements, les incidents et les accidents selon les modalités établies.

2.2 La dimension structurelle : la définition d'une organisation.

Dans ce cadre, il s'agit de mettre en place une organisation formalisée et encadrée, afin de structurer la politique de gestion des risques de l'établissement.

2.2.1 Un programme de gestion des risques.

Il appartient au directeur de mettre en place une véritable politique de prévention par l'instauration d'un programme de gestion des risques, comprenant :

- la création d'un comité de gestion des risques gestionnaire de risque,
- l'implication et la participation de la direction (participation au comité, validation de la politique et du suivi du plan de gestion des risques),
- l'accessibilité au gestionnaire des risques à toutes les informations utiles (management, médicales, contractualisation),
- la définition des règles de fonctionnement (staff, confidentialité des données),
- la mise en place d'un système de gestion centralisée des incidents,
- l'instauration des modalités d'analyse des incidents graves,
- la mise en place d'un système de gestion des plaintes,
- l'information des patients sur les bénéfices et les risques liés à la prise en charge et à la dispensation des soins,
- la mise en place d'un dispositif de gestion des dossiers médicaux,
- la mise en place d'un système de gestion documentaire et de communication,
- la mise en place d'un bilan annuel des incidents et les résultats du programme de gestion des risques,
- l'élaboration d'un programme général de formation des personnels aux méthodes de gestion des risques et de programmes spécifiques pour les activités à risque.

2.2.2 Un travail en réseau.

La mise en place d'une politique de gestion des risques implique le travail en lien et en réseau.

Tout d'abord avec les tutelles dans le respect des obligations réglementaires, notamment par l'utilisation du formulaire de remontées d'informations. Ce formulaire est destiné à faciliter les échanges d'informations entre la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) et chaque établissement du département. Il reprend en les

formalisant les termes du protocole de signalement de la DDASS⁴⁰ et des établissements sociaux et médico-sociaux⁴¹.

Ensuite, un travail en réseau avec les différents dispositifs extérieurs à l'établissement déjà mis en place, permet une collaboration et un appui à l'application du programme de gestion des risques mais également sur les situations particulières et difficiles (par exemple en cas de disparition, optimiser et rendre plus rapides et efficaces les recherches).

2.2.3 Un responsable qualité.

Le recrutement d'une qualitiennne en EHPAD, placé sous l'autorité hiérarchique du directeur, s'avère nécessaire dans le cadre de cette démarche, pour permettre la réalisation d'un travail en étroite collaboration avec le médecin coordonnateur et le cadre de santé, afin de :

- participer à l'élaboration des processus, animant et coordonnant la politique qualité,
- participer à l'élaboration de la politique qualité et de gestion des risques sur la base des textes en vigueur et des recommandations de l'Agence Nationale de l'Evaluation des Etablissements et des Services Sociaux et Médico-sociaux (ANESM)⁴²,
- coordonner la mise en œuvre de la politique qualité et de gestion des risques,
- assurer le suivi du plan d'amélioration continue de la qualité et du plan annuel d'évaluation,
- assister les groupes de travail en termes de méthodologie, de veille documentaire et règlementaire.

2.3 La dimension technique : les méthodes et les outils appropriés.

Cet axe regroupe les méthodes et outils au service des organisations, des pratiques et de leur amélioration c'est-à-dire la méthodologie du recueil d'information (enquêtes, audits, fiches de déclaration d'évènements indésirables), les procédures organisationnelles et fonctionnelles, ainsi que la documentation d'analyse des risques.

⁴⁰ Désormais ARS : regroupement ARH, DRASS, DDASS, URCAM, MRS.

⁴¹ Instruction ministérielle DGAS/2A/2007/112/du 22 mars 2007.

⁴² ANESM publie régulièrement des recommandations de bonnes pratiques professionnelles, qui peuvent être consultées en détail sur le site de l'ANESM.

2.3.1 Une méthode de recueil d'informations.

La mise en place d'une politique de gestion des risques nécessite une méthode de recueil d'information préliminaire pour les données existantes par l'interview des professionnels et l'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP), pour les informations existantes (s'appuyant sur le dossier médical, les plaintes des résidents, les décès, les incidents imputables aux médicaments, les rapports d'incidents, les services de sécurité et d'incendie), mais également pour le signalement des événements indésirables portant sur la non-conformité, l'anomalie, l'incident, l'accident (qui nécessite un dispositif comprenant un coordonnateur, un réseau de correspondant, une fiche de déclaration des événements indésirables), et enfin l'analyse a priori des processus à risques avec hiérarchisation et planification des méthodes adaptées.

2.3.2 La cartographie des risques. ^{43 44}

Cette politique nécessite l'instauration d'un outil de traitement : la cartographie des risques permettant la localisation et la visualisation du risque.

La cartographie des risques regroupe l'ensemble des risques en prenant en compte leur dangerosité et leur occurrence.

Elle précise la nature ou l'origine des risques, qui peut être structurelle et intrinsèque c'est-à-dire directement liée à la structure du système (architecture ou organisation) ou conjoncturelle, extrinsèque ou fonctionnelle c'est à dire liée au fonctionnement du système, (environnement).

Elle est définie comme une liste structurée sur trois colonnes :

- risques génériques, il s'agit de la nature et de l'origine des risques qui peuvent être : management structurel ou fonctionnel, facteur humain lié aux comportements des personnes, structurel/matériel liés à l'environnement où à la mauvaise mise en œuvre de moyens matériels ou logiciels tels que les bâtiments, équipements, logiciels applicatifs, et clinique : lié à la thérapeutique.
- risques spécifiques, il s'agit des risques liés aux risques génériques en fonction du système exposé (exemple liés au management).
- éléments ou événements dangereux : liés aux risques génériques ou spécifiques.

Ainsi, cinq types de risques génériques sont retenus :

- facteur humain : patient et personnel,

⁴³ LEROUX V., mai 2008, « La Gouvernance du risque ». Gestions Hospitalières, n°476, pp 353-364.

⁴⁴ MOULAIRE M., 2007 « La cartographie des risques, un outil de management des risques en établissement de santé ». Risques & qualité en milieu de soins A. 2007, n° 4, Vol. IV, pp 221-228.

- management/stratégique : organisation des ressources humaines, procédures, facteur équipe, organisation, gestion des ressources matérielles,
- opérationnel : structure des locaux, matériels,
- environnement et technologique : interne et externe,
- communication et système d'information : interne et externe, dossier informatisé ou papier, matériel, logiciel.

La constitution de ces listes provient du recueil d'information de l'activité de retour d'expérience ou des banques données.

Cependant, la qualité de la gestion des risques dépend de la qualité de l'analyse préliminaire des risques, qui dépend quant à elle, de la qualité de l'élaboration de la cartographie des situations à risques.

La cartographie des domaines de risques permet une analyse de risque par processus impacté. L'avantage de cette cartographie est qu'elle permet une lecture immédiate, une approche directe par le risque, une sensibilisation facile des acteurs, une adaptation à la prise en compte d'accidents connus, mais engendre un manque d'exhaustivité et une nécessité de connaissance des fonctionnements. Il est également possible de réaliser une cartographie par processus accompagnée d'une analyse des différents domaines de risque par processus.

Il s'agit alors de recenser les risques et de les classer, de choisir des critères d'évaluation pour quantifier chaque risque (ordre de fréquence de réalisation), et de représenter graphiquement les risques et leur évaluation.

La typologie des risques en établissement social et médico-social à intégrer dans la cartographie est la suivante :

- risques liés au séjour : maltraitance, chutes et glissades, contention, dénutrition, déshydratation, escarres, douleur, intoxication alimentaire, allergies, agression, vols et malveillance,
- risques liés au comportement des usagers : fugue, agressivité, refus de soin, conduites addictives, dégradations volontaires, suicide,
- risques liés aux bâtiments et aux installations : hygiène (air, eau, surfaces, linge, transports), éclairage, bruits et vibrations, température, amiante, plomb, ondes, insectes, risques électriques, incendie, explosion, portes et portails, ascenseurs, solidité des ouvrages, risques liés aux travaux,
- risques aux biens : inondation, dégât des eaux, effondrement, vétusté, incendie, vol, dégradations,
- risques liés aux soins : médicament, dispositifs médicaux, produits sanguins, risque infectieux, erreur diagnostique, erreur thérapeutique, défaut de soins, défaut de surveillance,

- risques socio-économiques : grève, perte de clientèle, fermeture administrative, insuffisance financière, départs, pénurie de personnel, influences politiques,
- risques liés au non fonctionnement : panne d'équipements, panne informatique, rupture d'alimentation, rupture d'approvisionnement,
- risques liés au système d'information : perte de dossier, dossier incomplet, confusion d'identité, défaillance de confidentialité, absence de consentement, défaut d'information à l'utilisateur, perte ou destruction d'archives,
- risques naturels et environnementaux : foudre, séisme, tremblement de terre, tempête, inondation, températures extrêmes, neige, pollution,
- risques liés à l'environnement : déchets, pollution de l'air, pollution de l'eau, bruit, incendie, explosion.

Une échelle de probabilité et de gravité des conséquences doit être définie, permettant de bâtir une échelle de criticité.

Pour chaque couple de gravité et de probabilité, on associe un risque à une criticité à partir de trois classes (permettant la prise de décision d'actions) :

- C1 : acceptable en l'état/aucune action nécessaire,
- C2 : tolérable sous contrôle/on doit organiser un suivi en termes de gestion des risques,
- C3 : inacceptable/on doit refuser la situation, prendre des mesures de réduction des risques ou refuser l'activité.

La criticité du risque est formalisée (risque de dommage envers le résident), d'une part par la gravité du dommage :

- faible : effets faibles et réversibles sur la santé,
- moyenne : effets graves mais réversibles sur la santé et/ou incapacité temporaire de travail,
- élevée : effets irréversibles sur la santé et/ou incapacité partielle permanente,
- très élevée : menace vitale et/ou incapacité totale permanente.

D'autre part, la criticité des risques s'établit également par la fréquence d'exposition au risque :

- occasionnelle,
- intermittente,
- fréquente,
- très fréquente,
- permanente.

La cartographie des risques est un outil conceptualisé par les gestionnaires de risque, elle est la représentation graphique synthétique et hiérarchisée des risques d'une organisation.

Il s'agit d'un tableau à double entrée où les risques sont représentés selon la probabilité et la gravité. Chaque risque est représenté en croisant la gravité et la fréquence, les plus fortes valeurs représentant les risques les plus graves⁴⁵.

La méthode est primordiale car elle fournit les informations de base nécessaires à la gestion des risques. Après un recensement général des risques, il s'agit de les évaluer, de les hiérarchiser et de les représenter graphiquement en cartes.

L'objectif est de communiquer par une représentation visuelle malgré la dimension aléatoire. La limite se situe sur l'instant de l'évaluation effectuée à un moment donné et ne prenant pas en considération l'évolution.

2.3.3 La formalisation des procédures.

Il est, de plus, indispensable de formaliser un certain nombre de procédures. Sur le plan de la méthode, il s'agit de décomposer la prestation de service en séquences ou processus les plus déterminants du point de vue de la qualité de service.

Ces processus se décomposent en procédures dont la mise en œuvre permet de vérifier ou non la conformité par rapport aux objectifs, qui eux-mêmes, renvoient à l'éthique définie par le projet institutionnel et le projet de vie.

Il s'agit d'un mouvement perpétuel de recherche de la qualité dont l'impulsion va être donnée par le directeur, dans le but de sécuriser les processus et d'assurer des prestations de qualité aux résidents.

Ces procédures permettront aussi, de prioriser les domaines de risques (système de signalement), d'instaurer une acceptabilité des risques (adaptation de la prise en charge), d'établir les priorités et les objectifs de l'établissement (projet de vie, projet de soins), de prendre en compte les priorités nationales et/ou régionales (circuit du médicament, maltraitance, infection nosocomiale).

Ainsi, ce référentiel devient l'ensemble des exigences objectivement légitimes sur la base de la constitution des procédures applicables dans l'établissement.

Toute la difficulté réside alors, pour l'établissement, à avoir la capacité de formaliser des outils sans réduire cette démarche à l'accumulation de documents et de procédures aussi vite oubliés qu'élaborés, faute de temps et de disponibilité.

⁴⁵ VERDUN F., 2006, « La gestion des risques juridiques ». Editions d'Organisation, 174.

2.4 La dimension culturelle : l'instauration d'une démarche pérenne.

La pérennisation de la démarche au sein d'une structure médico-sociale se concrétise par la politique de communication et de formation, le travail en équipe pluridisciplinaire, intégrant la culture de l'auto-évaluation et l'approche positive des dysfonctionnements.

2.4.1 La démarche qualité.

La démarche qualité est inspirée du management participatif élaboré dans les années 70 dans le secteur industriel en réaction aux excès du taylorisme. Ce concept s'est peu à peu enraciné dans un terrain confronté à une évolution, qui est triple dans le secteur des personnes âgées, l'évolution des besoins exprimés par les personnes de plus en plus âgées et dépendantes, la solvabilité croissante des retraités et l'émergence de l'offre et de la demande, mais également la crise du système de protection sociale qui a incité les collectivités publiques à rechercher de nouveaux modes d'allocations de ressources et de tarification.

La démarche qualité se définit par quatre grands principes devant être mis en œuvre au sein de l'établissement en adéquation avec l'accompagnement et la prise en charge des usagers, soit :

- la satisfaction du résident constituant le point central sur lesquels doivent s'appuyer la plupart des actions entreprises,
- la satisfaction correcte des besoins par une réelle coordination,
- l'instauration d'une philosophie de la qualité proposant de percevoir en chaque dysfonctionnement, non pas un échec mais une voie d'amélioration,
- l'identification du chemin parcouru en termes de qualité par une mesure objective des progrès.

Ces principes sont opposables au fonctionnement de la structure mais mis en œuvre de manière méthodique, par :

- la structuration de la démarche par une clarification de la responsabilité de chacun vis-à-vis de la satisfaction du résident considéré comme un « résident-client », une communication des buts et des objectifs en interne aux fins d'appropriation par les agents,
- la gestion documentaire par l'élaboration des méthodes et des outils, notamment pour le recueil des données et des informations,
- l'amélioration continue, par la mise en place de progressions, de méthodes et d'outils de résolution de problèmes,

- la mesure de la qualité, par l'instauration des principes de construction et d'utilisation des indicateurs, et la définition des méthodes d'évaluation.

2.4.2 Un plan de formation.

La mise en place d'une formation spécifique et adaptée aux pratiques professionnelles du secteur dans chaque établissement permettra de faire de la gestion des risques un véritable outil de progrès de la qualité, d'acquérir les outils et les méthodes pour identifier, prévenir et limiter efficacement les risques, mais également d'améliorer la culture juridique des agents pour une prise de conscience du droit, et d'impliquer l'ensemble des acteurs dans la démarche.

2.4.3 Une politique et un plan de communication.

La mise en place d'une politique de communication se définit par la détermination des objectifs et des enjeux mais également la stratégie et la mise en place des bonnes pratiques de communication, afin de favoriser l'adhésion participante.

La communication sur les risques est délicate car c'est affirmer leur existence. Ainsi, il est nécessaire d'adapter la qualité du langage et du vocabulaire utilisé à l'interlocuteur, de décrire de façon précise et compréhensible le risque, de diffuser un bilan positif des actions mises en place, dans le cadre d'une information de qualité et la diffusion de connaissance ciblée.

Cependant, il est indispensable pour impliquer et responsabiliser les différents acteurs, de dédramatiser et de combattre les images négatives sur les risques, mais également d'enrayer d'éventuelles crises et de gagner la confiance des usagers et des professionnels de santé, et enfin d'instaurer des bonnes pratiques d'information destinées à l'ensemble du personnel mais aussi à l'ensemble des usagers, résidents et familles.

La mise en place du plan de communication devra prendre en compte les enjeux de la démarche, les risques identifiés, les actions mises en œuvre et les résultats, pour l'appropriation des concepts communs partagés. Il cible les « récepteurs de l'information » (personnels et usagers) et associe les différents supports de communication.

Ainsi, il s'agira de définir les types messages, les types de supports, le niveau d'information (l'ensemble du personnel et des usagers, une catégorie cible), le calendrier, les rythmes.

2.4.4 L'évaluation de la démarche.

Enfin, la pérennisation de la démarche qualité nécessite d'évaluer l'efficacité du système, afin d'envisager des perspectives d'évolution et d'amélioration, de la manière suivante :

- la vérification de la conformité et l'efficacité de l'ensemble de la politique, soit les objectifs, l'organisation, la méthode, la traçabilité, la démarche pédagogique d'accompagnement, les programmes d'assurance de la qualité et d'amélioration continue, l'évaluation,
- l'évaluation et le suivi du programme d'actions par les indicateurs, les audits, les actions préventives, les actions correctrices,
- le financement du risque par le transfert assurantiel, la constitution de provisions (risque financier, d'exploitation, de gestion),
- le dispositif de gestion de crise par une cellule de crise, une méthode de communication, des exercices périodiques de simulation.

La gestion des risques implique la nécessaire élaboration d'une politique institutionnelle affichée, avec la mise en place d'un programme de gestion globale et coordonnée des risques, relevant de la responsabilité d'un gestionnaire, en lien avec le directeur, et comportant un système d'information qui permette le partage des données avec les différents responsables et acteurs opérationnels, au sein de l'établissement et avec les structures externes.

Cette dynamique positionne l'établissement en tant qu'acteur responsable en matière de qualité et de sécurité, en assurant le pilotage et la coordination de cette démarche : mise en place, conduite, suivi et évaluation.

Tout doit être mis en œuvre pour assurer une prise en charge des résidents de qualité et garantir la continuité et la sécurité des soins, ceci dans une double dimension :

- la garantie de la sécurité au regard de l'état de santé des résidents,
- le respect des droits et des libertés des résidents au sein de l'institution.

•

3 LES MODALITES D'APPLICATION DE LA DEMARCHE ET LA DIFFICILE CONCILATION DE LA LIBERTE/SECURITE DES RESIDENTS.

La gestion des risques constitue une approche pragmatique et efficace de l'identification des principaux dysfonctionnements en vue de les corriger et de prévenir l'apparition d'incidents ou d'accidents.

La méthodologie employée dans le contexte du stage a permis de dresser un état des lieux et d'établir la démarche pour la mise en place d'une politique de gestion des risques globale et de qualité sur la base d'axes généraux, en lien avec les éléments issus des études et de la littérature.

Ces étapes ont ainsi permis d'engager une réflexion et d'entrevoir des pistes d'actions à instaurer sur les terrains de stage afin d'améliorer l'organisation de la gestion des risques.

Cependant, l'élaboration de la protection des personnes âgées hébergées fait émerger des pratiques sécuritaires qui amoindrissent le respect des droits, des libertés et des choix des usagers, et doivent être à l'origine d'une nouvelle réflexion d'équilibrage.

3.1 La mise en œuvre dans les EHPAD.

3.1.1 Les préconisations pour l'EHPAD Le Cigalou de La Ciotat.

Dans cet établissement, dans le cadre de la gestion des risques, seul le signalement des évènements indésirables est effectif. Il s'agit d'une bonne introduction à la démarche de gestion des risques, puisque la fiche mise en place permet une sensibilisation des personnels mais ne permet pas en revanche une anticipation des risques.

Il est ainsi nécessaire de mettre en place une réelle politique de gestion des risques sur la base des préconisations énoncées, ceci de manière programmée à court, moyen et long terme.

La première étape (à court terme) d'intégration de cette démarche a été constituée par l'approfondissement de l'utilisation de la fiche de signalement des évènements

indésirables et la fiche de déclaration des chutes ainsi que la création d'un comité de gestion des risques, qui permettra une amélioration du recueil et de l'analyse.

Pour ce qui concerne, le signalement des événements indésirables (y compris des chutes), l'utilisation de la fiche doit être organisée par l'analyse des causes afin de rechercher les signes précurseurs et ceci de manière spécifique pour cet établissement.

Des actions pourront être alors entreprises, cependant, elles nécessitent la mise en place d'un suivi et un retour aux personnels, par l'intermédiaire de la responsable qualité du Centre Hospitalier qui doit être investie de la fonction de gestionnaire, comprenant le recueil des données et des informations concernant les risques au travers des outils et des programmes informatiques dont elle dispose déjà.

Dès le mois de septembre, un système de pilotage pour l'EHPAD sera créé par la responsable qualité qui devra travailler dans le sens du recueil des données et des informations relatives aux risques dans l'établissement afin de traiter les dysfonctionnements.

La création d'un comité de gestion des risques a pu être réalisée au mois d'avril 2010 avec, de droit le directeur adjoint des EHPAD, le médecin coordonnateur, le cadre de santé mais également le directeur des soins, l'assistante qualité de l'hôpital, une infirmière hygiéniste de l'hôpital, la responsable de la cuisine, mais également la nomination des membres du personnel représentant chacune des catégories de personnel (acteurs opérationnels).

Un appel à candidature a permis de constituer des listes de personnes volontaires, qui a fait l'objet d'un vote afin de désigner une personne référente pour chaque catégorie de personnel : IDE, AS, ASH, ouvrier de restauration, ouvrier de cuisine, ouvrier de maintenance, personnel administratif, en mai 2010.

La première réunion de ce comité s'est tenue en juin 2010, afin d'établir un bilan et d'élaborer les premières orientations pour une politique de gestion des risques intégrée dans l'établissement, notamment sur la base de la synthèse des questionnaires élaborés pour le mémoire.

Le groupe de travail a également réfléchi sur la constitution de la cartographie des risques (Annexe 6).

La deuxième étape a constitué en la définition, lors de cette réunion, des premières actions à mener dans le cadre de la gestion des risques sur le moyen terme (septembre 2010 à septembre 2011, pour une évaluation au dernier trimestre 2011) et de manière priorisée :

- l'implication de la responsable qualité du Centre Hospitalier dans l'EHPAD,

- l'organisation de la vigilance au rez-de-chaussée par la présence de personnel, les résidents étant seuls à certains moments de la journée, notamment de 13h à 15h,
- la mise en place de l'ensemble des documents déjà élaborés au sein du CH transférables et de nouveaux documents spécifiques à l'EHPAD,
- la dispensation de la formation sur la gestion des risques, organisée par le CH de La Ciotat à l'ensemble du personnel,
- l'organisation de la sensibilisation de l'ensemble du personnel sur ce thème, et des déclarations,
- l'organisation de la communication et de l'information sur les travaux élaborés sur les risques et leur gestion, sur la démarche qualité et la programmation des actions déjà instituées,
- l'informatisation du dossier médical avec l'intégration des risques (chutes),
- l'évaluation des antécédents dits à risque, des besoins des résidents en matière de prévention avec l'aide du médecin coordonnateur (ceinture contention, fauteuil), des évolutions par des tests spécifiques,
- l'acquisition d'un BIP pour les aides-soignants,
- l'amélioration de la traçabilité et l'information médicale dans les dossiers,
- l'amélioration de l'administration et la traçabilité du circuit des médicaments,
- le développement de la prévention incendie, par un exercice d'évacuation dans l'EHPAD et la connaissance de la technique d'évacuation par les personnels.

Cette seconde étape permettra le déploiement de la politique de gestion des risques dans l'établissement pendant une durée de un an, afin d'évaluer celle-ci au dernier trimestre 2011, pour entrevoir les améliorations et les nouvelles perspectives sur le long terme.

Dans le cadre de la participation d'une qualitiennne, l'assistante qualité du Centre Hospitalier effectuera des interventions au niveau de l'EHPAD pour ce qui concerne la gestion des risques.

Dans le même temps, le règlement intérieur COVIRIS devra être appliqué au sein de l'EHPAD et le cadre de santé devra participer aux réunions, tout comme les membres représentant le personnel du comité de gestion des risques, si leur présence s'avère nécessaire.

Ces deux préconisations seront instaurées dès le mois de septembre 2010.

Le cadre de santé et le médecin coordonnateur deviennent les interlocuteurs de la qualitiennne, et devront travailler en étroite collaboration dès septembre 2010. Cette équipe devra en outre mettre en œuvre de manière pérenne l'ensemble des protocoles existants au Centre Hospitalier non mis en place, et créer des procédures spécifiques à l'établissement.

Ces personnes devront travailler dans ce cadre, autour de la cartographie des risques. Pour ce faire, l'échéancier couvrira les mois de septembre à février, pour le démarrage afin de formaliser une évaluation en mars, et pérenniser et améliorer les protocoles sur le reste de l'année.

Dans cet établissement, un effort était à réaliser concernant la surveillance et la vigilance, relevé par ailleurs par les questionnaires, notamment au salon et en salle à manger du rez-de-chaussée où les résidents restent fréquemment et durablement sans surveillance du personnel.

Dans ce cadre, un roulement du personnel aide-soignant et agent du service hospitalier a été mis en place fin juin, afin qu'une présence se pérennise dans la salle commune.

Une formation sur la gestion des risques est inscrite au plan de formation du CH, cependant peu de personnels ont en bénéficié. L'objectif est de permettre à l'ensemble du personnel d'y participer dès le mois de janvier 2011 selon le plan de formation de la même année.

3.1.2 Les préconisations pour l'EHPAD La Soubeyrane de Cassis.

La situation de cet établissement autonome au regard de la politique de gestion des risques étant différente de celle de l'établissement du Cigalou la mise place de la démarche s'est réalisée de manière spécifique.

La première étape, a constitué en la mise en place d'un comité de gestion des risques, au mois d'avril 2010 avec les membres de droit le directeur adjoint des EHPAD, le médecin coordonnateur, le cadre de santé mais également des représentants de chacune des catégories de personnel après leur nomination suite à un appel à candidature (acteurs opérationnels).

Ainsi, la liste des personnes inscrite à l'appel à candidature a fait l'objet d'un vote afin de désigner une personne référente de chaque catégorie de personnel : IDE, AS, ASH, ouvrier de restauration, ouvrier de cuisine, ouvrier de maintenance, personnel administratif, en mai 2010.

La première réunion de ce comité s'est tenue en juin 2010, afin d'établir un bilan et d'élaborer les premières orientations pour une politique de gestion des risques intégrée dans l'établissement, notamment sur la base de la synthèse des questionnaires élaborés dans le cadre du travail de mémoire.

Le groupe de travail a également engagé une réflexion sur la constitution de la cartographie des risques (Annexe 6).

La deuxième étape a permis de définir, lors de cette réunion, les premières actions à mener dans le cadre de la gestion des risques sur le moyen terme (septembre 2010 à septembre 2011, pour une évaluation au dernier trimestre 2011) et de manière priorisée :

- l'aménagement des espaces communs intérieurs et extérieurs afin d'éviter les chutes (énuméré dans le cadre de la convention tripartite et du nouveau projet de vie de la structure),
- le réaménagement de la salle à manger, actuellement trop encombrée et peu adaptée au déplacement en fauteuil roulant et déambulateur, par le repositionnement des meubles et des tables, voire l'acquisition de nouveaux matériels,
- l'amélioration de la prévention des chutes (évaluation du protocole),
- l'évaluation de l'ensemble des protocoles existants et la formalisation des protocoles inexistants (énuméré dans le cadre de la convention tripartite et du nouveau projet de vie de la structure),
- la mise en place de la FSEI d'après le modèle déjà élaboré au CH de La Ciotat,
- la mise en place d'une formation sur la gestion des risques, dispensée par le CH de La Ciotat dans le cadre de la convention de direction,
- l'intervention d'une qualitiennne dans l'établissement,
- l'installation d'un clapet sur le portillon donnant l'accès au parking du personnel pour éviter une éventuelle chute dans les escaliers des résidents empruntant l'escalier à la seule destination du personnel,
- l'adaptation et l'amélioration des éclairages sur l'ensemble de la structure notamment avec détecteur de présence,
- l'adaptation des sanitaires par la mise en place d'une sonnette plus sonore et plus visible, de rampes de soutien, de revêtement de sol non glissant,
- le renouvellement et l'adaptation du matériel à destination des résidents (fauteuil, contention),
- l'installation d'un digicode à l'entrée pour sécuriser l'entrée et la sortie donnant sur la rue (sur le modèle mis en œuvre par Madame Francine COLONNA Directeur d'EHPAD),
- dans le cadre de l'agrandissement de la structure une Unité d'Hébergement Renforcée (UHR), est suggérée, pour les résidents ayant un profil « fugueur ».

Cette seconde étape permettra le déploiement de la politique de gestion des risques dans l'établissement pendant une durée de un an, du dernier trimestre 2010 au troisième trimestre 2011, afin de procéder à l'évaluation au dernier trimestre 2011 pour entrevoir les améliorations et les nouvelles perspectives sur le long terme.

Pour ce qui concerne la nécessité de l'intervention d'une qualitiennne, dans le cadre de

sa participation à l'Association des Petits et Moyens Etablissements Sanitaires et Sociaux des Bouches-du-Rhône (APMESS), l'établissement La Soubeyrane va pouvoir s'inscrire dans le recrutement d'un coordonnateur qualité et de gestion des risques sur l'ensemble des EHPAD de l'APMESS, en janvier 2011.

Cet agent placé sous l'autorité hiérarchique de l'établissement d'accueil et sous l'autorité fonctionnelle du directeur de chaque structure, interviendra sur l'établissement deux jours par mois, et notamment lors des réunions du comité de gestion des risques dont il sera l'animateur.

Le cadre de santé et le médecin coordonnateur deviennent les interlocuteurs de la qualitiennne, et devront travailler en étroite collaboration, afin de mettre en œuvre de manière pérenne l'ensemble des protocoles existants déjà dans l'établissement et créer ceux n'existant pas, comme la Fiche de Déclaration des Evénements Indésirables, mais également travailler autour de la cartographie des risques.

Dans cet établissement, la première réunion du comité de gestion des risques, a statué sur la formalisation d'un gros effort à effectuer sur la prévention des chutes⁴⁶. Dans ce cadre un dispositif spécifique de prévention a été pensé et élaboré.

Ainsi l'évaluation et l'intervention des professionnels ont permis de mettre en place des stratégies spécifiques :

- pour les personnes fragilisées : un apprentissage du relever, un aménagement de la chambre,
- pour les personnes âgées dépendantes : la remise en question des contentions, la prise en charge des démences et des polyopathologies,
- dans les deux cas : la correction des déficits sensoriels, le soin et le chaussage des pieds, des conseils nutritionnels/le dépistage de la dénutrition et la correction des déficits, la mise en place de mesures préventives et/ou curatives pour l'ostéoporose, la prise de vitamine D pour les personnes confinées, la recherche et la correction des facteurs de risques médicamenteux, instaurer une pesée hebdomadaire systématique,
- la systématisation du repérage par l'élaboration et la mise en pratique d'une fiche de risque du résident chuteur lors d'une nouvelle admission.

Mais également des actions sur l'environnement :

- le dégagement des espaces de circulation,
- la vérification de la stabilité des chaises et des fauteuils,
- la vérification des éclairages,

⁴⁶ Recommandations : Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée, HAS et SFDRMG.

- l'installation de barre d'appui dans les toilettes et les douche,
- l'achat de tapis antidérapant dans la douche,

3.1.3 Les préconisations communes aux deux EHPAD.

Dans le cadre de la mise en œuvre d'un plan de communication les actions à mettre en place concerneront la communication interne et externe à l'établissement.

Pour favoriser l'implication et l'intégration du personnel à la gestion des risques, la communication concernera :

- un retour d'information systématique sur les signalements,
- la présentation des résultats (audits, enquêtes, questionnaires),
- la présentation et la diffusion des plans d'actions,
- le suivi des indicateurs et des tableaux de bord,
- la présentation de la cartographie des risques et les éventuelles évolutions,
- la diffusion du programme de formation,
- la présentation des résultats de l'EPP,
- la présentation et la mise en valeur des marges de progression,
- la démonstration des bénéfices de la démarche.

La communication aux usagers, c'est-à-dire les résidents et leur famille, s'effectuera par une information générale de la législation et de la réglementation nationale mais également du règlement intérieur propre à la structure, et par une information spécifique concernant les risques liés à la prise en charge et l'accompagnement personnalisé de la personne âgée hébergée.

La communication extérieure à l'établissement s'effectuera auprès des tutelles, des différentes institutions, des agences nationales afin d'évoquer la gestion des risques de l'établissement et les risques spécifiques identifiés dans la structure.

Cette communication interne et externe à l'établissement se réalisera aux moyens de réunions, de bilans d'activité, de notes et de messages via intranet.

Pour ces deux établissements, d'après l'exemple de la Maison de Retraite d'Eyragues, la mise en place d'une réunion sur le thème de la gestion des risques permettrait d'après son Directeur Dominique CHARLIER « *une sensibilisation du personnel, un partage de l'information, une réflexion, afin d'aménager les obligations et la responsabilité tout en respectant la vie et les choix des résidents* ».

Ces groupes de travail prendraient la même forme que ceux institués aux Maisons de Retraite d'Auriol et Roquevaire, par la Directrice Madame Martine CALDERON, c'est-à-dire « *un espace d'échange et de régulation sur les pratiques professionnelles, composé*

de toutes les catégories professionnelles ».

Pour la Maison de Retraite La Soubeyrane à Cassis, dans le cadre de la formalisation du projet d'établissement, il a été décidé d'organiser une réunion trimestrielle à thème, notamment sur les risques, dès le mois de janvier 2011 en collaboration avec le médecin coordonnateur, le cadre de santé et la psychologue recrutée en janvier 2011.

Outre, la demande de participer à la formation sur la gestion des risques par le personnel de l'EHPAD Le Cigalou, un plan de formation commun est à instituer pour le personnel des deux EHPAD, piloté par le service formation du CH de La Ciotat. Les formations dispensées seront les suivantes : sécurité incendie, gestion des risques, premier secours, hygiène, et prévention des chutes et des fugues. De plus, à l'occasion de séminaire sur la gériatrie le thème des chutes permettra de dégager des orientations sur l'étude des causes et des conséquences.

Chaque année un questionnaire-sondage sera établi à destination des résidents, des familles et des personnels sur le modèle de celui établi pour la présente étude, afin d'évaluer les marges de progression réalisées et celles à entrevoir.

Un bilan annuel sur la survenue des risques et le traitement réalisé sera à formaliser afin de réaliser l'évaluation, de la politique de gestion après l'identification, l'analyse, la planification et la mise en œuvre d'action.

Pour les deux établissements, la démarche projet institutionnel⁴⁷ a été élaborée pendant la durée du stage, dans le cadre des missions confiées par le maître de stage. Elle a été l'occasion pour les personnels de donner un sens aux pratiques professionnelles, ainsi qu'à la prise en charge et l'accompagnement des personnes âgées, *« c'est aussi la dynamique qui va permettre à chaque résident de rester acteur, d'être auteur de son propre projet de vie personnel, quel que soit son niveau d'incapacité⁴⁸ ».*

Ainsi, la mise en œuvre du projet de l'établissement dans le dernier trimestre de l'année, qui suit sa formalisation et son élaboration aux cours des mois de janvier à juin, va permettre de finaliser l'accompagnement et la prise en charge des résidents au travers des soins et des actes de la vie quotidienne, de réaliser les objectifs, tout en prenant en compte le déploiement de cette nouvelle politique relative à la gestion des risques.

En outre, sur le long terme, dans une troisième étape, des perspectives sont perceptibles, comme un travail en collaboration avec « alter'errance ». Il s'agit d'un dispositif destiné à prévenir les errances et les disparitions des personnes désorientées et en cas de

⁴⁷ BOUCHARA J., RIVALLAN S., Mai-juin 2009, « Projet de vie et projet de soins ». Soins Gérontologie. La revue de tous les acteurs du soin à la personne âgée, n°77, pp 21-39.

⁴⁸ AMYOT J.J., VILLEZ A., 2001, « Risque, responsabilité, éthique dans les pratiques gérontologiques ». Paris, Ed. Dunod, Fondation de France, 216 p.

disparition, optimiser et rendre plus rapide et efficaces les recherches grâce à :

- une amélioration des systèmes de sécurité,
- une évaluation régulière du risque d'errance des résidents,
- une identification des personnes disparues,
- une meilleure formation des personnels,
- une alerte plus précoce en cas de disparition,
- une meilleure organisation des recherches au sein des établissements,
- des outils de recherche,
- une diminution du stress du personnel,
- une meilleure coordination entre les services de secours et de sécurité.

Cette action est menée par les communes se situant entre Aubagne et La Penne sur Huveaune, avec la participation du Fil Rouge Alzheimer (Groupement de Coopération Médico-sociale, GCMS), des services de sécurité (police et gendarmerie nationale), de la DDASS, du Conseil Général 13, de la Direction du Travail et des Maisons de Retraite de la région.

3.1.4 Les limites.

Malgré l'élaboration des préconisations au sein des deux établissements des limites dans la mise en place sont pressenties.

En effet, les évènements sont chronophages et consommateurs de ressources pouvant entraîner la démotivation du personnel.

L'application de la démarche nécessite un équilibre entre sa conception et son instauration, et nécessite de construire des actions simultanément avec une réflexion plus large orientée vers la pérennisation et le long terme.

Les professionnels peuvent opposer une certaine résistance à la mise en œuvre d'une politique de gestion des risques constituant un réel projet. En effet, ceux-ci doivent faire preuve d'une réelle implication et d'un réel investissement afin d'aboutir à la pérennisation de la démarche, qui implique la nécessité d'allouer du temps alors que la charge de travail s'accroît autant que la perte d'autonomie des résidents.

La mise en place de cette culture de gestion et de management des risques est une incitation aux changements dans les pratiques professionnelles. La résistance au changement prévaut souvent au sein des professionnels car synonyme de remise en question et de réflexion sur les organisations déjà en places. Il peut être parfois difficile de mobiliser les équipes pour parvenir à l'amélioration et à l'évaluation du fonctionnement et

de l'organisation, dans le cadre de l'accompagnement et de la prise en charge des résidents.

De plus, des difficultés de fonctionnement peuvent opposer des limites à la mise en œuvre de la démarche de gestion des risques au sein de l'établissement : l'absence du cadre de santé, l'absentéisme, la dégradation des conditions de travail, l'évolution rapide de la dépendance, le manque d'effectif, la pression des familles, les exigences de prise en charge/EPP/qualité, et l'épuisement ressenti par les professionnels.

3.2 La difficile conciliation de l'exercice des libertés, liées à la reconnaissance des droits des usagers, avec le besoin de protection et les obligations sécuritaires.

3.2.1 La réduction des risques et les pratiques sécuritaires.

L'humanisation et la médicalisation des structures ont conduit à une augmentation des pratiques sécuritaires, en raison de la prolifération de la réglementation, notamment dans le domaine de la sécurité et de l'hygiène sanitaire et par la conception de la responsabilité.

Le contexte d'amélioration de l'état de santé, de l'augmentation de l'espérance de vie et du maintien de l'autonomie, a engendré l'apparition de pratiques contraignantes déniaient le droit, et la possibilité de prendre des décisions, au motif qu'elles présentent un risque.

Pourtant, Jean Christophe *WEBER*⁴⁹ refuse l'idée d'un simple antagonisme : « *Les deux principes de bienfaisance et de respect de l'autonomie doivent être mis en jeu dialectiquement dans chaque situation clinique. Ni la décision médicale autoritaire, ni la relation purement contractuelle entre professionnel de santé et consommateur avisé n'apparaissent satisfaisantes pour l'éthique.* »

Ainsi, les pratiques de réduction des risques peuvent conduire à déplacer le risque et parfois à l'accroître en transformant sa nature (enfermement pour éviter les fugues, désorientation puis défenestration), mais également à le surévaluer par rapport à la perte d'intégrité sociale et psychique (chutes, fugues).

⁴⁹ WEBER J.C, 2003, « Evolutions de la relation médecin-malade, in Où va la médecine ». Strasbourg, Presses Universitaires, pp 23-38.

Cette volonté de maîtriser et d'éviter les zones de risques peut entraîner la restriction de liberté, de l'expression et du recueil du consentement et des choix des personnes accueillies, déjà plus difficile, en raison de l'âge, du handicap et de la vulnérabilité.

D'après Jean Jacques AMYOT et Alain VILLEZ⁵⁰ « *une organisation trop rigide allée à un souci d'écartier tout risque de mise en cause de la responsabilité des professionnels peut conduire à la négation progressive de la liberté, du droit au risque et du droit au choix des personnes âgées vivant en établissement, mettant ainsi à mal la dignité même de ces personnes comme expression d'un droit fondamental reconnu à tout être humain* ».

Ainsi, même si la vieillesse confronte l'individu à une série de renoncements, celle-ci ne devrait pas faire oublier dans l'accompagnement des personnes âgées la dimension irréductible de la personne, de sa liberté et de sa dignité.

Les principes sécuritaires⁵¹ vont alors être entendus comme une tentative de maîtrise de cette échéance de la mort dans un but d'apaisement de l'angoisse.

La première pratique sécuritaire se décline par la filière d'institutionnalisation des personnes âgées afin de limiter les risques encourus au domicile lorsqu'elles sont identifiées comme trop dépendantes. Ces pratiques laissent peu de place à la possibilité de la personne d'exprimer un choix, un consentement, de continuer à prendre le risque de vivre à domicile. Ce mécanisme est d'ailleurs particulièrement mis en évidence lors des entrées en établissement consécutives à une sortie d'hospitalisation.

Le deuxième type de pratiques sécuritaires est constitué par ce qui peut être considéré comme des excès de pouvoir et des abus de faiblesse, dans la prise en charge, sans que soit pris en compte le choix de la personne.

Le troisième domaine de pratiques sécuritaires concerne la gestion de l'argent qui prend souvent la forme d'une mise sous tutelle de fait des personnes ou la privation intégrale de tout contact avec l'argent sous prétexte de la possibilité de perte.

Le quatrième domaine fait entrave aux relations socio-affectives, pour lesquelles les familles mais aussi les soignants peuvent interférer.

Ces pratiques conduisent les personnels à attenter à la vie sociale des personnes âgées, attitude pourtant, non justifiée en droit, mais ne déclenchant pour autant aucune plainte.

En effet, même si ces processus peuvent être considérés comme une aliénation des personnes âgées, ils sont institués car c'est à priori le tiers, et notamment la famille, qui sait mieux que la personne elle-même ce qui est bon pour elle, et font oublier la notion de risque valant d'être pris.

⁵⁰ AMYOT J.J., VILLEZ A., 2001, « Risque, responsabilité, éthique dans les pratiques gérontologiques ». Paris, Ed. Dunod, Fondation de France, 216 p.

⁵¹ VILLEZ A., 2001, « Risque, responsabilité, éthique dans les pratiques gérontologiques ». Les Cahiers de l'Actif. N°318/319. pp149-165.

En outre, dans la mesure où les accidents sont susceptibles de donner lieu à des contentieux indemnitaires de la part du résident, lui-même ou, comme c'est le cas le plus souvent, de ses ayants droit, les établissements doivent pré-constituer toutes preuves utiles (courriers, mentions dans le dossier du résident.) pour, le cas échéant, être en mesure de démontrer le caractère adapté de la prise en charge mise en œuvre.

Comme le montrent Jean Jacques AMYOT et Alain VILLEZ ⁵² « étiquetées comme fragiles, les personnes âgées nécessitent aide et assistance ; à ce titre tout ce qui leur arrive est susceptible d'engager la responsabilité de leur entourage. Dès lors, la spirale du risque et de la responsabilité peut s'amorcer avec les conséquences tragiques connues » dans le domaine de la privation d'un certain nombre de libertés fondamentales.

3.2.2 Le respect du libre choix des personnes âgées hébergées.

Face à l'appréciation de la faute de surveillance nécessairement factuelle, et à des juges qui prennent en compte le droit des résidents au respect de leur liberté, il semble qu'il faille accepter une certaine prise de risque inhérente à la vulnérabilité des personnes âgées, impliquant la survenue d'accidents dont on doit considérer qu'ils ne pouvaient être évités sans entraver la liberté du résident.

Ainsi, dans le cadre de l'élaboration du projet individualisé en concertation pluridisciplinaire, permettant l'adaptation de l'action et des demandes spécifiques, il est fortement recommandé d'impliquer la personne âgée et sa famille dans les choix de la prise en charge de manière à leur faire partager le risque pris.

Les recommandations de la conférence de consensus sur la liberté d'aller et venir⁵³, fruit de la réflexion commune menée par la Fédération Hospitalière de France et l'ANAES vont précisément dans ce sens et s'opposent à tout comportement excessivement sécuritaire.

La conférence de consensus préconise la formalisation du niveau de risque « *accepté* » et « *partagé* » à travers la définition d'un « *projet de vie individuel* ». Ce projet de vie, rédigé à l'admission et réévalué périodiquement, peut être annexé au contrat de séjour. Cette démarche est bénéfique puisqu'elle participe au maintien de la liberté du résident et lui garantit le respect d'un autre de ses droits : « *la participation à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui [le] concerne* ».

⁵² AMYOT J.J., VILLEZ A., 2001, « Risque, responsabilité, éthique dans les pratiques gérontologiques ». Paris, Ed. Dunod, Fondation de France, 216 p.

⁵³ Fédération Hospitalière de France, Conférence de consensus, « Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligation de soins et de sécurité » 24 et 25 novembre 2004, Ministère de la Santé et de la Protection Sociale, Paris.

Elle préconise également une « *personnalisation* » et une « *réévaluation* » périodique des mesures de restriction décidées par application du principe « *bénéfice/risque* » selon lequel « *toute restriction n'est envisageable que si son bénéfice l'emporte sur les risques éventuels induits par le maintien de cette liberté.* »

Enfin, d'après cette conférence, « *la réponse à la déambulation et au risque de sortie inopinée doit être de préférence humaine (maintien du contact à tout prix avec la personne, accompagner son déplacement, trouver un sens à son déplacement), organisationnelle (présence humaine à la porte de l'établissement susceptible de réagir rapidement et de manière adaptée) et architecturale (recherche de la meilleure réponse en matière de qualité des espaces, de qualité de travail et d'accueil : maîtrise des déplacements des personnes âgées désorientées, des visiteurs, des personnes accueillies et des professionnels, limitation des accès à une zone contrôlée), ce qui suppose un encadrement et une formation suffisante des professionnels au contact des personnes vulnérables.* »

L'affirmation de droits aussi généraux que le respect de la dignité et de l'intimité, le consentement éclairé des personnes n'a alors d'impact que si elle est suivie de l'explication de ses conséquences concrètes et de possibilités de recours.

Ainsi, la Charte des droits et libertés⁵⁴ fait émerger la conviction de l'intérêt que représente tout individu dans son autonomie d'action « *la personne dispose du libre choix entre des prestations adaptées qui lui sont offertes* » et dans sa participation aux choix, même contraints et limités, qui construisent sa vie « *le droit à la participation directe, ou avec l'aide de son représentant légal...* ».

Dans le cadre des lois relatives à la refonte des droits des usagers⁵⁵, « *Le droit des usagers constitue une tendance constante, irréversible et indissociable de l'émergence de l'individualisme contemporain, sans nier les difficultés, il faut insister sur les enjeux positifs que recèle cette évolution en termes de liberté et d'émancipation par rapport aux cadres institutionnels, l'individu étant à l'initiative de ses choix* »⁵⁶.

C'est ainsi, que dans le cadre des relations avec les personnes fragilisées, Alain RENAUT⁵⁷ établit une distinction « *entre d'une part les droits à la protection (droit aux soins, à un accompagnement de qualité, à la protection pour les personnes fragilisées) et d'autre part les droits-libertés, qui restent attachés à chaque personne et sont corrélatifs à sa reconnaissance même en tant que sujet et citoyen* ».

⁵⁴ Fondation Nationale de Gérontologie, 2007 « Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance ».

⁵⁵ Loi n°102-2005 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation à la citoyenneté des personnes handicapées et loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

⁵⁶ BARBE L., 2006, « Une autre place pour les usagers ? Intervenir dans le secteur social et médico-social ». , Paris, Edition La Découverte. 204 p.

⁵⁷ RENAUT A., 2004, « La fin de l'autorité ». Edition Flammarion, 266 p.

Une tension émerge donc entre ces deux types de droits, le droit à la sécurité (auxquels chaque personne en situation de fragilité peut prétendre) et le droit aux libertés (découlant des principes fondamentaux d'autonomie de la personne) nécessitant un réglage en fonction de l'âge et du degré de conscience de la personne. La pratique ne doit pas être constituée par la seule protection mais l'inverse fragiliserait le mandat social de l'intervenant⁵⁸.

L'exigence d'associer les personnes à l'action qui les concerne est aujourd'hui une évidence, posée par le principe juridique (autonomie des personnes) et d'efficacité (tout marche mieux quand les personnes sont d'accord).

La pratique est cependant difficile du fait de la légitimité accordée à la personne dans l'action menée pour elle au nom et sous le regard de la collectivité, les cultures professionnelles ayant tendance à décrire les personnes dans leurs incapacités et leurs difficultés.

Lors d'un entretien, Madame Martine CALDERON Directeur d'EHPAD, indique qu'il s'agit « *de mettre en œuvre une prévention de manière raisonnable, tout en assurant une prise en charge sécurisée, obligation de moyen et non de résultat* ».

Il faut donc passer par une réflexion qui s'intéresse à la complexité de la place actuelle des personnes dans l'action, la manière dont elle est construite, la commande institutionnelle, le droit, les représentations, les problèmes d'organisation et de management, pour mieux identifier les marges de liberté et de créativité qui existent.

Ainsi, la place dans l'action des personnes âgées pourra évoluer malgré les difficultés liées à la dissymétrie entre les personnes fragiles et les institutions légitimes dans la définition de ce qui est bon pour elles.

La promotion de la liberté de la personne âgée comme citoyen parmi les autres suppose d'accepter une incertitude, de renoncer à une sécurité optimale, et aussi de chercher à convaincre le législateur et le juge du caractère irremplaçable de cet aspect de liberté.

Ainsi, cette démarche globale de gestion des risques doit être transversale, basée sur l'échange et la collaboration ainsi que sur l'implication et la prise de conscience de tous les acteurs professionnels.

Elle repose sur des recommandations pertinentes, réactualisées, validées de manière participative et appropriées dans les pratiques et les apprentissages des professionnels.

⁵⁸ BARBE L., 2006, « Une autre place pour les usagers ? Intervenir dans le secteur social et médico-social ». Paris, Edition La Découverte. 204 p.

Néanmoins, ces processus ne doivent pas omettre le respect des droits et des libertés des personnes âgées hébergées en institution.

Conclusion

La **multiplication des risques** est un des problèmes qui affectent la société contemporaine, les risques interagissent sur les composantes du système qui peuvent retentir en favorisant ou en altérant la sécurité, entraînent de manière objective des événements parfois tragiques, marquent les perceptions des individus de manière subjective. Ils engendrent des changements de comportements, des transformations des règles institutionnelles, des conflits puisqu'ils peuvent être majeurs, avec des conséquences considérables, ne pouvant pourtant être prévues avec précision⁵⁹.

L'importance donnée à la **gestion des risques** dans les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux s'oriente vers la qualité, la sécurité, l'évaluation et l'émergence du métier de gestionnaire de risque. Ainsi, le ministère de la santé, l'ANEMS, les professionnels de santé, les usagers, l'assurance doivent développer une gestion et un management des risques afin d'assurer la sécurité des usagers, de réduire les risques et de permettre la continuité de la prise en charge en cas de crise.

Les **risques principaux** sont ceux relatifs aux défaillances dans la prise en charge des usagers pouvant engager la responsabilité de la personne morale et du directeur de l'établissement : le non-respect des engagements pris à l'égard de l'utilisateur ainsi que les atteintes à l'intégrité physique et morale.

Ainsi, la **responsabilité du directeur** d'établissement sanitaire, social ou médico-social est susceptible d'être engagée dans de nombreuses situations liées au fonctionnement de la structure et à l'organisation des activités mises en place pour les usagers. Lors de chaque décision, d'après Dominique CHARLIER Directeur d'EHPAD, le directeur doit se poser la question suivante : « *Qu'est-ce que le juge pourrait me reprocher, comment pourrais-je justifier les décisions prises et les conséquences qui en découlent ?* ». Il s'agit de prendre une décision en adéquation avec l'obligation de sécurité du résident, le respect des droits des usagers et la responsabilité engagée du directeur.

L'organisation doit alors identifier les risques soumis au régime de responsabilité et traiter les dommages par le recours à l'assurance, rendu obligatoire par la loi et par des mesures de réduction des risques, en agissant sur sa survenance : **la prévention**. Il est ainsi nécessaire de dégager les grands principes méthodologiques de prévention adaptés au secteur des personnes âgées, de décliner les outils pour la conduite de la démarche en privilégiant le repérage des risques et la mise en œuvre d'actions correctrices visant

⁵⁹ LARCENEUX A., BOUTELET. 2005, « Le principe de précaution. Débats et enjeux ». D Dijon, Editions Universitaires, Collection Société, 126 p.

l'amélioration de la prise en charge et l'accompagnement des résidents.

Dans le cadre de ces pratiques, des **logiques sécuritaires** ont émergé dans le secteur médico-social, les personnes âgées étant considérées comme des personnes affaiblies, ayant besoin de protection, par les professionnels et les familles qui ont tendance à privilégier un soutien aboutissant à la sécurité optimale. Ainsi, le sujet âgé est considéré comme le synonyme de risque majeur, dans un contexte sociétal qui souhaite repousser la mort. Ces différentes précautions peuvent aboutir à la constitution d'un statut particulier proche de celui de l'enfant.

Ce phénomène peut alors être considéré comme **une disqualification sociale** des personnes âgées, souvent exclues de la décision les concernant, malgré la reconnaissance des droits en institution. En effet, l'ajustement du respect de la liberté alors que la personne âgée s'affaiblit, parfois atteinte de troubles des fonctions intellectuelles, s'avère difficile, la vieillesse ayant du mal à être perçue comme un état positif, notamment par le personnel.

Dans le même temps, l'évolution de la **reconnaissance droits des usagers** et notamment des personnes âgées, reconnaît le respect de la liberté d'aller et venir, ainsi que le droit aux choix des résidents. Toute personne âgée est en effet avant toute autre appréciation, un citoyen capable et responsable de disposer librement de sa personne, de son corps et de ses biens, comme le prescrit la Déclaration universelle des droits de l'homme et du citoyen.

Ainsi, l'évolution des droits des usagers dans le secteur a mis en exergue la difficulté de lier la liberté et la sécurité, deux **obligations antinomiques**. En effet, il s'agit, entre la non-assistance à personne en danger et l'intervention abusive qui prive la personne âgée de choix et de liberté, de favoriser la réflexion sur les situations et la possibilité de prendre des risques, mais également de responsabiliser l'usager. Afin que cette démarche volontariste soit mise en pratique, elle doit être fondée et suivie d'une modification de regard portée par les acteurs des structures sur les personnes âgées

Ce contexte implique la mise en place **d'une politique institutionnelle affirmée de gestion globale et coordonnée des risques** sous la responsabilité et la coordination du directeur et d'un gestionnaire de risques par le développement d'un système de communication qui permette à la fois le partage d'information avec les différents acteurs, l'aide à la décision, mais également la modification de la perception néfaste du risque vers le risque qualité.

De plus, les institutions vont être de plus en plus contraintes à élaborer une sorte de

guide des bonnes pratiques permettant de lister et de distinguer les contraintes sécuritaires nécessaires et les contraintes sécuritaires abusives. Ce concept passe nécessairement par l'information, la communication, la formation, l'accompagnement des usagers et des professionnels.

L'appréciation de la portée des pratiques sécuritaires et leur acceptabilité sont liées à l'autonomie du sujet âgé. Cette approche éclaire la **question de la prise de risque**, en partant de la définition du risque, il ne peut y avoir prise de risque que lorsque la personne est capable de discernement. La construction d'une réponse s'appuyant sur l'expression du désir implicite et explicite de la personne, pourra s'établir par la relation et la communication.

Ces pratiques ne peuvent être traitées que dans le cadre d'une **réflexion intrinsèque** aux institutions et aux équipes. Respecter le droit aux risques revient à aider les professionnels à prendre du recul, à amoindrir la crainte de la faute et de la sanction, à faire preuve de plus d'empathie, et à reconnaître et respecter le droit des personnes âgées. Accepter les risques encourus par les personnes âgées, revient à accepter d'engager sa responsabilité, se confrontant au point de vue éthique, de l'équipe pluridisciplinaire, mais aussi passer de la culture de la faute à l'apprentissage de l'erreur, vision positive de l'erreur comme participant au processus d'apprentissage.

Ainsi, le **questionnement sur les pratiques professionnelles**⁶⁰ suppose une réflexion sur le droit au choix et au risque des personnes âgées en analysant chaque situation et impliquant la concertation et l'expression des personnels, pour parvenir à des décisions encadrées et collectives. Chaque résident court un risque, en institution, il s'agit d'apprécier les capacités, l'aptitude à faire des choix, l'intérêt de la prise de risque, le consentement à ce qui est proposé, afin de respecter la possibilité de prendre à tout âge de la vie des risques.

Cependant, la question du respect du choix de la personne âgée pose un **problème éthique** face aux devoirs des professionnels. La charte qualité s'attaque à la délicate question de la traduction concrète de l'éthique dans les pratiques quotidiennes et le respect des règles de déontologie. C'est à ce niveau que réside toute la richesse et toute la limite des déclarations de bonnes intentions mais lesquelles ne reposent sur aucune garantie d'effectivité.

Un management des risques efficace repose sur une reconnaissance institutionnelle traduite au niveau du projet d'établissement et d'implication de la direction. Ainsi, un travail doit être élaboré avec les membres de personnels afin de lier les souhaits des

⁶⁰ AMYOT J.-J. (coordonnée par, AGAESSE M., ARGOUD D.), 2007, « Pratiques professionnelles en gérontologie ». Paris, Dunod, 1472 p.

résidents et leurs pratiques, afin que ceux-ci discernent si l'expression de la volonté de la personne est altérée par la ou les pathologies.

L'institution doit aider chaque personne à construire ou à consolider son **projet de vie**. C'est à partir de la reconnaissance des personnes dans leur identité, leur histoire et leur citoyenneté que les démarches qualité et de projet pourront devenir de véritables outils de mobilisation des ressources humaines.

La **personnalisation de la prise en charge** repose sur une connaissance et une observation de chacun des résidents par l'équipe pluridisciplinaire. Chacun des membres du personnel a son rôle à jouer afin d'organiser cet accompagnement spécifique. Ainsi, la personne âgée va participer à la constitution de son projet personnel avec l'ensemble de l'équipe par l'identification des choix, des problèmes de santé, des souhaits et des capacités.

Le **projet d'établissement** rédigé et formalisé pendant la durée du stage sur les deux établissements sera le fil conducteur de cet aboutissement, puisqu'il relie les soignants à la vie et rappelle les notions d'engagement de respect et de bienveillance.

Cette démarche répond aux besoins des résidents en satisfaisant les soignants dans leurs pratiques par la genèse de ce projet élaboré par une **réflexion collective** lors de groupe de travail.

Le **projet de vie et le projet personnalisé**⁶¹ génèrent un engagement des équipes, des personnes âgées mais également des familles chacun à son niveau avec les ressources dont il dispose et doit être régulièrement réajusté en fonction des évolutions.

Ainsi, la personne âgée dépendante au terme de sa vie, doit continuer à être considérée comme **un auteur et un acteur**, par la prise en compte de ses choix, de ses désirs et de ses besoins, malgré les risques encourus. Toute la portée du changement de regard sur les personnes âgées hébergées influencera les nouvelles modalités de prise en charge et d'accompagnement, basées sur l'adaptation de la structure à ses usagers et non l'inverse.

Dans ce cadre, il s'agit de veiller à instaurer dans l'institution un **climat du goût de vivre**, en apportant les réponses adaptées et une prise en charge de qualité. En tout état de cause, les professionnels doivent négocier au quotidien dans leur pratique avec la responsabilité, le risque, le libre choix pour une éthique de la prise en charge des personnes âgées en collaboration avec la famille.

⁶¹ BOUCHARA J., RIVALLAN S., Mai-juin 2009, « Projet de vie et projet de soins ». Soins Gérontologie. La revue de tous les acteurs du soin à la personne âgée, n°77, pp 21-39.

En outre, la dynamique de gestion des risques dans les Agences Régionales d'Hospitalisation (ARH) relevait d'un rôle d'accompagnement, d'animation et de développement dans les établissements publics de santé, en ayant pour objectifs de favoriser le partage d'expériences et les échanges mais également de renforcer les programmes de formation.

Dans le cadre de la mise en place récente des **Agences Régionales de Santé (ARS)**, la culture de prévention et de gestion des risques va redévelopper et se renforcer autour d'une dynamique transversale et de décloisonnement entre les secteurs sanitaire, social et médico-social, une dynamique de changement et d'engagement des différents établissements.

Ainsi, les ARS représentent une opportunité pour densifier et structurer les objectifs et le pilotage de la démarche qualité et de la politique de gestion des risques des établissements de santé, mais également sociaux et médico-sociaux.

Bibliographie

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES :

Déclaration Universelle des Droit de l'Homme et du Citoyen.

Code de l'Action Sociale et des Familles.

Code Civil.

Code Pénal.

Loi n°2000-647 du 10 juillet 2000 tendant à préciser la définition des délits non intentionnels J.O. n°159 du 11 juillet 2000.

Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. J.O. n° 2 du 3 Janvier 2002.

Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. J.O. n° 54 du 5 mars 2002.

Loi n°102-2005 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation à la citoyenneté des personnes handicapées. J.O. n° 36 du 12 février 2005.

DHOS Circulaire 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 publics de santé.

Ministère Délégué à la Sécurité Sociale, aux Personnes Agées, aux Personnes Handicapées et à la Familles, Instruction ministérielle DGAS n° 2A/2007-112 du 22 mars 2007, Relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance.

OUVRAGES :

AMYOT J.J., VILLEZ A., 2001, « Risque, responsabilité, éthique dans les pratiques gérontologiques ». Paris, Ed. Dunod, Fondation de France, 216 p.

AMYOT J-J. (coordonnée par, AGAESSE M., ARGOUD D.), 2007, « Pratiques professionnelles en gérontologie ». Paris, Dunod, 1472 p.

BARBE L., 2006, « Une autre place pour les usagers ? Intervenir dans le secteur social et médico-social ». , Paris, Edition La Découverte. 204 p.

BECK U., 2001, « La société du risque. Sur la voie de la modernité ». Edition Flammarion,

522 p.

BRAMI G., 1997, « Dictionnaire de la prise en charge des personnes âgées à domicile ou en institution ». Berger-Levrault, 276 p.

BRAMI G., 1995, « Droits et libertés des personnes âgées hébergées ». Berger-Levrault, 205 p.

BRAMI G., 1998, « Qualité de vie dans les établissements d'hébergements pour personnes âgées ». Berger-Levrault.

DOUGLAS M., WILDAVSKY A., 1984, « Risk en Culture ». Californie, Presse Universitaire.

EWALD F. en collaboration avec GOLLIER C. et DE SADELEER N., 2001, « Le principe de précaution ». Collection Que Sais-je?, 128 p.

LARCENEUX A., BOUTELET. 2005, « Le principe de précaution. Débats et enjeux ». D Dijon, Editions Universitaires, Collection Société, 126 p.

LEUTEURTRE H, QUARANTA J.F., 1999, « La qualité des soins médicaux ». France Vendôme, Presses universitaires, 127p.

LHUILIER J.M, 2007, « Le droit des usagers dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux ». Rennes, Editions ENSP, 239 p.

NOIVILLE C., 2003, « Du bon gouvernement des risques. Le droit et la question du « risque acceptable » ». Paris, Presses Universitaires, 235 p.

PERETTI-WATEL P., 2001, « Sociologie du risque ». Edition La Découverte, 288 p.

RENAUT A., 2004, « La fin de l'autorité ». Edition Flammarion, 266 p.

ROUSSEL P., « Les visites de conventionnement en EHPAD. Guide à l'usage des partenaires conventionnel. Rennes, Editions ENSP, 144 p.

VERDUN F., 2006, « La gestion des risques juridiques ». Editions d'Organisation, 174 p.

CHAPITRES DE LIVRES :

MOULAIRE M., 2007 « La cartographie des risques, un outil de management des risques en établissement de santé ». Risques & qualité en milieu de soins A. 2007, n° 4, Vol. IV, pp 221-228.

WEBER J.C, 2003, « Evolutions de la relation médecin-malade, in Où va la médecine ». Strasbourg, Presses Universitaires, pp 23-38.

ARTICLES :

AGUESSE C., Octobre-décembre 2006, « Dépendance et institutionnalisation ». Doc'animation en gérontologie, pp. 92-97.

BENATTAR L., 2006 « Gestion des risques en EHPAD. Place du médecin coordonnateur ». La revue francophone de gériatrie et de gérontologie, vol. XIII, n°129, pp 479-482.

BOUCHARA J., RIVALLAN S., Mai-juin 2009, « Projet de vie et projet de soins ». Soins Gérontologie. La revue de tous les acteurs du soin à la personne âgée, n°77, pp 21-39.

COIGNEC B., 2009, « Le droit au risque dans les établissements, une nouvelle approche de la bientraitance ». Cahiers FNADEPA, n°105, pp 18-21.

DAURE P., LAROQUE G., 2007, « Formations et management des équipes dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées et les services aux personnes ». Gérontologie et société, n°118, pp. 147-157.

GIRARD J.F., Juin 1998. « Evaluation et Perception des risques en santé ». Actualité et dossier en Santé Publique, n°23, pp 17-18.

GOUJAT C., Gestions Hospitalières avril 2010. « Identification du patient : cartographie et gestion des risques », n°495, pp 273-275.

GRUEST, JP., 2008, « Le droit au risque en Maison de Retraite. Quand on veut on peut ! ». Journal de l'Action Sociale, n°132, pp 10-13.

JANVIER R., juin 2004, « Le droit des usagers au risque de l'individualisme ? » RAJS, n° 235, pp 18-20.

LEROUX V., mai 2008, « La Gouvernance du risque ». Gestions Hospitalières, n°476, pp 353-364.

PALERMITO F., FONTAINE D., janvier 2010, « Le respect des droits des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en EHPAD ». La lettre de l'observatoire. N° 13.

PUYBAREAU F., avril 2010, « Gestion des risques : sous l'œil des Juges ». Directions - Le mensuel des directeurs du secteur sanitaire et social, n°73, pp 26-32.

RENARD M.A., mai-juin 2009. « Droits et obligations des personnels face à la maltraitance des personnes âgées en institution ». Soins Gérontologie. La revue de tous les acteurs du soin à la personne âgée. n°77, pp 13-15.

SANCHEZ J., 2006, « La dignité et la citoyenneté comme fondements des droits des usagers et l'évolution des politiques sociales ». In Empan. N°64. pp. 13-22.

VILLEZ A., 2002, « Risque, responsabilité, éthique dans les pratiques gérontologiques ». Les Cahiers de l'Actif. N°318/319. pp149-165.

RAPPORT ET RECOMMANDATION :

ANAES, 2004, « Manuel d'accréditation des établissements de santé ».

ANAES, 2003, « Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissements de santé ».

ANESM, juillet 2008, « La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles ».

Fondation Nationale de Gérontologie, 2007 « Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance ».

HAS-SFDRMG, novembre 2005, « Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée ».

THESE ET MEMOIRE :

BRECHAT PH., SALINES E., 2005, « Quel droit au risque pour une promotion de la qualité de vie en EHPAD ? » Module interprofessionnel ENSP, 43 p.

HUSSON J., 2005 « Gérer les risques à l'hôpital : de l'inquiétude des acteurs à la méthode ». Thèse pour le doctorat en sciences de gestion, université Jean Moulin Lyon III, 452 p.

ROUVILLOIS S., 2006, « Initier une politique globale de gestion des risques en EHPAD. L'exemple de la Résidence de l'Yze de Corps Nuds (35) ». Mémoire ENSP DESS Public, 60 p.

VALLET D., 2003, « Affirmer le droit au choix et au risque de la personne âgée en EHPAD. Un engagement institutionnel. », 73p.

CONFERENCE :

Fédération Hospitalière de France, Conférence de consensus, « Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligation de soins et de sécurité » 24 et 25 novembre 2004, Ministère de la Santé et de la Protection Sociale, Paris.

Congrès-Salon Préventica, 4^{ème} Edition Préventica Méditerranée, 16 au 18 mars, « La référence de sécurité au travail », Marseille.

Liste des annexes

Annexe 1: Guide d'entretien Directeur Chef d'Etablissement EHPAD

Annexe 2: Questionnaires à destination des résidents, familles et personnels

Annexe 3: FSEI CH La Ciotat

Annexe 4: Fiche de déclaration de chute CH La Ciotat

Annexe 5: Protocole de la prévention de la chute EHPAD La Soubeyrane

Annexe 6: Cartographie des risques

Annexe 1 : Guide d'entretien Directeur Chef d'Etablissement EHPAD

<p style="text-align: center;">GUIDE D'ENTRETIEN LE RISQUE EN EHPAD ET LA POLITIQUE DE GESTION</p>

Ma formation.

Présentation du projet.

- *Sujet.*
- *Plan envisagé.*
- *Situations à risques en EHPAD.*

Quels sont les enjeux d'une politique de gestion des risques en EHPAD ?

Quel est la place du directeur dans une telle démarche ?

Quel a été la méthode d'élaboration d'une politique de gestion des risques et de la sensibilisation du personnel, management participatif ?

Existe-t-il une éducation des résidents à l'égard des situations à risques et des gestes dangereux à éviter ?

Quels sont les actions mises en place en termes de prévention des risques dans le cadre de la démarche qualité ?

Comment concilier vous la prévention et le tout sécuritaire, afin de garantir les droits des personnes âgées et notamment le droit aux risques des PA.

Comment recueillez-vous le choix des résidents, les souhaits des familles ?

Annexe 2 : Questionnaires-sondage à destination des résidents, familles et personnels



Etablissement : Cassis

Personnel : Cadre IDE AS ASH Secrétaire OQ
Autre.....

Utilisez-vous la fiche relative à la déclaration des chutes ?

oui non

Pensez-vous que cette fiche permet une mise en sécurité du résident ?

oui non

Comment jugez-vous la qualité de la prévention des risques suivant dans l'établissement :

Risques liés à l'hébergement :

- Incendie : Médiocre Moyenne Satisfaisante Très satisfaisante
- Alimentaire : Médiocre Moyenne Satisfaisante Très satisfaisante
- Electrique : Médiocre Moyenne Satisfaisante Très satisfaisante

Risques liés aux soins :

- Médicamenteux : Médiocre Moyenne Satisfaisante Très satisfaisante
- Infectieux : Médiocre Moyenne Satisfaisante Très satisfaisante
- Diagnostics et soins : Médiocre Moyenne Satisfaisante Très satisfaisante

Risques liés à la surveillance-vigilance :

- Fugue : Médiocre Moyenne Satisfaisante Très satisfaisante
- Chute : Médiocre Moyenne Satisfaisante Très satisfaisante
- Sortie : Médiocre Moyenne Satisfaisante Très satisfaisante

Que pensez-vous de l'efficacité des mesures de contention ?

Pas efficace Peu efficace Efficace Très efficace

Quelle est la dernière formation que vous avez suivie ?


Sécurité incendie Hygiène Gestion des risques Premier secours

Avez-vous connaissance de la démarche qualité et de son programme d'action dans l'EHPAD ?

oui non

Quelles seraient vos propositions pour l'amélioration de la prévention et de la gestion des risques dans l'établissement ?

.....
.....
.....
.....
.....


**Questionnaire relatif à la gestion des risques dans les EHPAD
à destination des Personnels
dans le cadre du mémoire de l'élève directeur**

Etablissement : Cassis Cigalou Rayon de Soleil
Personnel : Cadre IDE AS ASH Secrétaire OQ
Autre.....

Connaissez-vous l'existence des FSEI (Fiches Signalements d'Evènements indésirables) ?

oui non

Selon-vous pourquoi ces fiches sont-elles mises en place ?

une amélioration pour l'EHPAD une amélioration de la prise en charge des résidents

Connaissez-vous la fiche relative à la déclaration des chutes ?

oui non

Comment jugez-vous la qualité de la prévention des risques suivant dans l'établissement :

Risques liés à l'hébergement :

- Incendie : Médiocre Moyenne Satisfaisante Très satisfaisante
- Alimentaire : Médiocre Moyenne Satisfaisante Très satisfaisante
- Electrique : Médiocre Moyenne Satisfaisante Très satisfaisante

Risques liés aux soins :

- Médicamenteux : Médiocre Moyenne Satisfaisante Très satisfaisante
- Infectieux : Médiocre Moyenne Satisfaisante Très satisfaisante
- Diagnostics et soins : Médiocre Moyenne Satisfaisante Très satisfaisante

Risques liés à la surveillance-vigilance :

- Fugue : Médiocre Moyenne Satisfaisante Très satisfaisante
- Chute : Médiocre Moyenne Satisfaisante Très satisfaisante
- Sortie : Médiocre Moyenne Satisfaisante Très satisfaisante

Que pensez-vous de l'efficacité des mesures de contention ?

Pas efficace Peu efficace Efficace Très efficace

Quelle est la dernière formation que vous avez suivie ?

Sécurité incendie Hygiène Gestion des risques Premier secours

Avez-vous connaissance de la démarche qualité et de son programme d'action dans l'EHPAD ?

oui non

Quelles seraient vos propositions pour l'amélioration de la prévention et de la gestion des risques dans l'établissement ?

.....
.....
.....
.....

**Questionnaire relatif à la gestion des risques dans les EHPAD
A destination des Résidents et des Familles**



Etablissement : Cassis Cigalou Rayon de Soleil

Vous sentez-vous en sécurité dans l'établissement ?

oui non

Connaissez-vous les mesures de prévention pour la sécurité :

- Incendie oui non
- Alimentaire oui non
- Electrique oui non

Comment mesurez-vous la prise en compte de l'hygiène dans l'établissement ?

Médiocre Moyenne Satisfaisante Très satisfaisante

Comment mesurez-vous la qualité des soins médicaux dans l'établissement ?

Médiocre Moyenne Satisfaisante Très satisfaisante

Que pensez-vous des mesures de prévention liées aux risques de fugue et de chute dans l'établissement?

Pas efficace Peu efficace Efficace Très efficace


Que pensez-vous de la qualité de l'organisation de la vigilance-surveillance dans l'établissement ?

Pas efficace Peu efficace Efficace Très efficace

Quelles sont selon vous les actions à conduire en matière de sécurité dans l'établissement ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Annexe 3 : Fiche de Signalement des Evènements Indésirables CH La Ciotat.

	SECURITE & GESTION DES RISQUES	GDR/SMQ/FOR001/C
	<i>Formulaire d'enregistrement</i>	
	Fiche de Signalement des Evènements Indésirables	
		Version 3
		Page 1 sur 2

N° de FSEI (attribué par le service qualité) :

PERSONNE DECLARANTE		PERSONNE CONCERNEE	
NOM :		<input type="checkbox"/> Patient	<input type="checkbox"/> Consultant
Prénom :		<input type="checkbox"/> Visiteur	<input type="checkbox"/> Personnel
Service :		Nom & Prénom :	
Fonction :		N° chambre : N° Dossier :	
DATE – HEURE – LIEU DE L'INCIDENT			
Date :		Lieu :	
Heure :		Précision :	

NATURE DE L'INCIDENT			
a) Accueil/Admissions Accueil inadapté <input type="checkbox"/> Attente excessive <input type="checkbox"/> Erreur d'identité <input type="checkbox"/> Orientation inadaptée <input type="checkbox"/> Problèmes administratifs <input type="checkbox"/>	d) Transport Ambulance <input type="checkbox"/> Brancardage <input type="checkbox"/> Matériel <input type="checkbox"/> Prélèvements <input type="checkbox"/> Autres : <input type="checkbox"/>	g) Prestations Hôtelières Rupture de Stock <input type="checkbox"/> Insuffisance de dotation <input type="checkbox"/> Erreur de distribution/Tri <input type="checkbox"/> Présence objet dans le linge <input type="checkbox"/> Sac de linge non fermé <input type="checkbox"/> Température inadéquate <input type="checkbox"/> Restauration : <input type="checkbox"/> Problème de commande des repas <input type="checkbox"/> Insuffisance/Retard de livraison <input type="checkbox"/> Repas non conforme à la prescription <input type="checkbox"/> Rupture chaîne du froid <input type="checkbox"/> Intoxication alimentaire <input type="checkbox"/> Défaut de propreté <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	
b) Procédures diagnostiques et thérapeutiques Difficulté de diagnostic <input type="checkbox"/> Complication d'un acte : <input type="checkbox"/> Problème de prescription : <input type="checkbox"/> Erreur d'administration <input type="checkbox"/> Prélèvement ou demande d'examen non conforme <input type="checkbox"/> Défaut de surveillance <input type="checkbox"/>	e) Environnement Inondation, dégât des eaux <input type="checkbox"/> Départ de feu, incendie <input type="checkbox"/> Contamination Air/Eau <input type="checkbox"/> Risque électrique <input type="checkbox"/> Perte/Disparition/Vol <input type="checkbox"/> Problème de déchets <input type="checkbox"/> Problème circulation/stationnement <input type="checkbox"/> Présence d'individu <input type="checkbox"/>	h) Relation – Information/Communication Défaut d'information <input type="checkbox"/> Défaut de transmission <input type="checkbox"/> Conflit <input type="checkbox"/> Violence, Agression <input type="checkbox"/>	
c) Organisation/Logistique Rupture d'approvisionnement <input type="checkbox"/> Défaut de coordination inter-service <input type="checkbox"/> Non respect des procédures <input type="checkbox"/> Panne <input type="checkbox"/> Report/Retard/Délai : <input type="checkbox"/> Surcharge de travail <input type="checkbox"/> Conditionnement non adapté (ex : prélèvements labo) <input type="checkbox"/> Conditionnement défectueux <input type="checkbox"/> Perte <input type="checkbox"/> Indisponibilité <input type="checkbox"/>	f) Atteintes Corporelles Projection <input type="checkbox"/> Automutilation <input type="checkbox"/> Irradiation <input type="checkbox"/> Inhalation & Allergie <input type="checkbox"/> Piqûre <input type="checkbox"/> Brûlure <input type="checkbox"/> Tentative de Suicide <input type="checkbox"/> Chute <input type="checkbox"/> Blessure <input type="checkbox"/> AES/AEV <input type="checkbox"/> Lombalgies <input type="checkbox"/> Apparition d'escalier <input type="checkbox"/>	i) Sortie/Suivi Fugue <input type="checkbox"/> Sortie contre avis médical <input type="checkbox"/> Absence d'information aux correspondants extérieurs <input type="checkbox"/> Absence de planification du suivi <input type="checkbox"/>	
j) Incidents réglementés donnant lieu à l'établissement de fiches spécifiques à transmettre directement aux responsables suivants			
Hémovigilance Dr SEUX - 7661 Dr VINCENTELLI - 6512	Matériorivigilance Dr BOUZANQUET - 7658 M. LAURENT - 7637	Pharmacovigilance Dr BOUZANQUET - 7658 Dr IVRY - 7665	Accident au Travail Dr ISNARD - 7633 Mme OSINSKI - 7650
Infections nosocomiales Dr BOSI - 7674			

DESCRIPTION BREVE DES FAITS & CONSEQUENCES IMMEDIATES APPARENTES

.....

.....

..... (suite au verso si nécessaire)

GRAVITE ESTIMEE	SUITES PREVISIBLES
<input type="checkbox"/> Vitale (mise en péril de la sécurité des personnes, de la qualité des soins) <input type="checkbox"/> Critique (nécessité d'une correction pour maintenir la qualité des soins) <input type="checkbox"/> Non Critique (pas de mise en péril mais perturbe le fonctionnement) <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas

MESURES PRISES IMMEDIATEMENT

Actions effectuées immédiatement :


.....

Personnes avisées :

Nom : Fonction : Date & Heure :

Nom : Fonction : Date & Heure :

Annexe 4 : Fiche de déclaration de chute CH La Ciotat

	SECURITE & GESTION DES RISQUES	GDR/SMQ/FOR004/C
	<i>Formulaire d'enregistrement</i>	
	Fiche de déclaration de chute	
		Version 2
		Page VII sur 82

SERVICE : DATE :

DECLARANT :

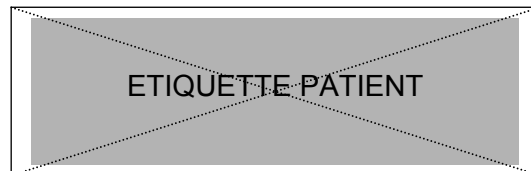
NOM :

PRENOM :

FONCTION :

AUTRE(S) PERSONNE(S) PRÉSENTE(S) :

.....



LE PATIENT

ETAIT-IL A JEUN ? OUI NON

PORTAIT-IL : DES CHAUSSURES DES CHAUSSONS DES CHAUSSETES
(OU BAS)

OU : PIEDS NUS

AVANT LA CHUTE :

AVAIT-IL DE LA FIEVRE ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	A-T-IL PRESENTE UN MALAISE ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ETAIT-IL AGITE ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
--	---	---

LE PATIENT UTILISE-T-IL, HABITUELLEMENT, UNE AIDE TECHNIQUE LORS DE SES DEPLACEMENTS ?

OUI NON

Si OUI : CANNE BEQUILLE DEAMBULATEUR

CETTE AIDE TECHNIQUE ETAIT-ELLE UTILISEE AU MOMENT DE LA CHUTE ? OUI NON

SI LE PATIENT PORTE HABITUELLEMENT DES LUNETTES, LES PORTAIT-IL AVANT LA CHUTE ? OUI NON

ENVIRONNEMENT

HEURE DE LA CHUTE : LIEU :

QUELLE ETAIT L'ACTION EN COURS ? :

EN SE LEVANT DU LIT OU EN SE COUCHANT

EN SE LEVANT D'UNE CHAISE OU D'UN FAUTEUIL OU EN S'ASSEYANT

EN SE DEPLAÇANT POUR DES ACTIVITES DIVERSES

PENDANT UN SOIN

AUTRE :

UN OBSTACLE PEUT-IL AVOIR ETE RESPONSABLE DE LA CHUTE ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si OUI , LEQUEL ? :	LE SOL ETAIT-IL GLISSANT ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	L'ECLAIRAGE ETAIT-IL SUFFISANT ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
--	---	---

CONSEQUENCES

CONSEQUENCE DE LA CHUTE : OUI NON

Si OUI LES

DECRIRE :

UN MEDECIN A-T-IL ETE APPELE ? OUI NON

LE PATIENT A-T-IL ETE TRANSPORTE AUX URGENCES ? OUI NON

EVALUATION MEDICALE

NOM DU MEDECIN : DATE :

.....

CONCLUSIONS DU MEDECIN :

EXAMENS DEMANDES :

Annexe 5 : Protocole de la prévention de la chute EHPAD La Soubeyrane.

Définition :

La chute est une perte de l'équilibre secondaire à une modification ou à un déplacement du centre de gravité de l'individu.

Les origines :

Centrales :

- atteinte du cerveau et noyau gris centraux, maladie démentielle, tumeur cerveau, polyopathie comme diabète,
- atteinte de sens : la vue et l'ouïe.

Périphériques :

- problèmes musculaires osseux et articulaires,
- problème de statique rachidienne, et atteinte des nerfs périphériques,
- problème artériel,
- polyopathie (diabète),
- pathologies cardiaques avec troubles du rythme, hypotension, artériopathie.

Post-chute :

- la cause principale de chute est le syndrome de post-chute, c'est-à-dire la peur de retomber.

Facteur de risque de chute :

- syndrome dépressif.

Les objectifs :

- signaler toutes les chutes afin de trouver l'action préventive,
- éviter la rechute,
- éviter les fractures,
- la grabatisation,
- sur le plan national, l'objectif est de réduire de 25% les chutes d'ici à 2008.

La conduite à tenir afin de prévenir la chute et la rechute :

1. Déclarer la chute afin d'en éviter une seconde.
2. Une fois par mois, le médecin coordonnateur et l'équipe soignante analyseront toutes chutes, afin de répondre ou d'apporter des solutions pour les résidents les plus à risque.
3. Rôle important du kinésithérapeute dans les établissements, comme l'apprentissage à l'utilisation du déambulateur à roulette lorsqu'un résident chute beaucoup, ou réapprentissage à la marche.
Eventuellement, prévoir plus tard, l'intervention d'un ergothérapeute (habillage, chaussures adaptées).
4. Eviter les obstacles et dangers dans l'établissement (conférer les différents protocoles de sécurité).
5. Si la chute est fréquente :
De nuit : voir si la lumière de veille est suffisante, voir si le degré de problèmes sphinctériens est important et les résoudre en mettant une couche ou une bambinette, mettre la sonnette à portée de main du pensionnaire, mettre un bassin ou un pistolet à proximité du lit, prévenir le médecin si la chute a entraîné des douleurs importantes ou une déformation de membre, voir la prescription de barrières avec le médecin traitant la nuit.
De jour : voir avec l'équipe médicale et soignante de la nécessité d'une mise au fauteuil roulant temporairement.
6. Voir pour une prescription de protecteur de hanche (culotte avec des protecteurs évitant lors des chutes des fractures du col du fémur).
7. Le médecin coordonnateur à l'entrée du résident fera une consultation afin de classer le résident en risque de chute : nulle, faible, moyen, fort. Le médecin pourra suite à des examens (biologiques, densitométriques) évaluer le d'ostéoporose et traiter le résident.
8. Lors du renouvellement de traitement réévaluer les traitements et leurs effets secondaires.

La transmission :

Ne pas omettre de remplir la fiche de déclaration de chute à chaque fois qu'un pensionnaire tombe.

Annexe 6 : Cartographie des domaines de risques.

Risques génériques	Risques spécifiques	Eléments ou évènements dangereux
Facteur humain	Liés au comportement des usagers	fugue, agressivité, refus de soin, conduites addictives, dégradations volontaires, suicide
	Socio-économiques	grève, perte de clientèle, fermeture administrative, insuffisance financière, départs, pénurie de personnel, influences politiques
Management/stratégique	Liés au séjour	maltraitance, chutes et glissades, contention, dénutrition, déshydratation, escarres, douleur, intoxication alimentaire, allergies, agression, vols et malveillance
	Liés aux soins	médicamenteux, dispositifs médicaux, produits sanguins, infection, erreur diagnostique, erreur thérapeutique, défaut de soins, défaut de surveillance, infection nosocomiale, escarres, iatrogénie, activités invasives, maltraitance, chute, inadéquation du type de prise en charge, défaut de prise en charge de la douleur, de la fin de vie
Opérationnel	Aux biens	inondation, dégât des eaux, effondrement, vétusté, incendie, vol, dégradations
	Liés aux bâtiments et aux installations / structure des locaux	hygiène (air, eau, surfaces, linge, transports), éclairage, bruits et vibrations, température, amiante, plomb, radon, ondes, insectes et nuisibles, risques électriques, incendie, explosion, portes et portails, ascenseurs, solidité des ouvrages, risques liés aux travaux
	Non fonctionnement / défaut de matériel	panne d'équipements, panne informatique, rupture d'alimentation, rupture d'approvisionnement
Environnement	Naturels et environnements	foudre, séisme, tremblement de terre, tempête, inondation, températures extrêmes, neige, pollution
	Environnements	déchets, pollution de l'air, pollution de l'eau, bruit, incendie, explosion
	Technologique	Electrique, mécanique, chimique
Communication	Communication	interne et externe, image
	Système d'information	perte de dossier, dossier incomplet, confusion d'identité, défaillance de confidentialité, absence de consentement, défaut d'information à l'utilisateur, perte ou destruction d'archives

Cartographie des risques liés aux soins.

Types de risques : Eléments ou événements dangereux	Criticité du risque			Gravité du dommage				Fréquence d'exposition					
	C1	C2	C3	F	M	E	TE	O	I	F	TF	P	
Médicamenteux													
Dispositifs médicaux													
Produits sanguins													
Infection													
Erreur diagnostic													
Erreur thérapeutique													
Défaut de soins													
Défaut de surveillance													
Infection nosocomiale													
Escarres													
Iatrogénie													
Activités invasives													
maltraitance													
Chute													
Inadéquation type de prise en charge													
Défaut de prise en charge de la douleur, de la fin de vie													

Criticité du risque :

- C1 : acceptable en l'état/aucune action nécessaire,
- C2 : tolérable sous contrôle/on doit organiser un suivi en termes de gestion des risques,
- C3 : inacceptable/on doit refuser la situation, prendre des mesures de réduction des risques ou refuser l'activité.

Gravité du dommage :

- faible : effets faibles et réversibles sur la santé,
- moyenne : effets graves mais réversibles sur la santé et/ou incapacité temporaire de travail,
- élevée : effets irréversibles sur la santé et/ou incapacité partielle permanente,
- très élevée : menace vitale et/ou incapacité totale permanente.
-

Fréquence d'exposition au risque :

- occasionnelle,
- intermittente,
- fréquente,
- très fréquente,
- permanente.