
RECOMMANDER
LES BONNES PRATIQUES

GUIDE

Bientraitance et gestion des signaux de maltraitance en établissement

Mise en œuvre en milieu sanitaire, médico-social et social, personnes majeures

Guide d'amélioration des pratiques

Validé par le Collège le 3 octobre 2024

Le guide d'amélioration des pratiques est un ensemble de propositions développées méthodiquement pour aider les professionnels, le patient ou la personne accompagnée, à adapter des pratiques les plus justes dans des circonstances données.

Les préconisations du guide résultent d'un accord d'experts (AE), d'une relecture et d'une phase de test. Elles ne sauraient dispenser le professionnel de santé de faire preuve de discernement dans sa prise en charge du patient, qui doit être celle qu'il estime la plus appropriée, en fonction de ses propres constatations et des préférences du patient.

Ce guide d'amélioration des pratiques a été élaboré selon la méthode résumée dans le rapport d'élaboration.

Les objectifs de cette recommandation, la population et les professionnels concernés par sa mise en œuvre sont brièvement présentés dans le descriptif de la publication et détaillés dans le rapport d'élaboration.

Ce dernier ainsi que la synthèse du guide sont téléchargeables sur www.has-sante.fr.

Grade des recommandations

A	Preuve scientifique établie Fondée sur des études de fort niveau de preuve (niveau de preuve 1) : essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur ou méta-analyse d'essais comparatifs randomisés, analyse de décision basée sur des études bien menées.
B	Présomption scientifique Fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve (niveau de preuve 2), comme des essais comparatifs randomisés de faible puissance, des études comparatives non randomisées bien menées, des études de cohorte.
C	Faible niveau de preuve Fondée sur des études de moindre niveau de preuve, comme des études cas-témoins (niveau de preuve 3), des études rétrospectives, des séries de cas, des études comparatives comportant des biais importants (niveau de preuve 4).
AE	Accord d'experts En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord entre experts du groupe de travail, après consultation du groupe de lecture. L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit, en revanche, inciter à engager des études complémentaires.

Descriptif de la publication

Titre	Bientraitance et gestion des signaux de maltraitance en établissement Mise en œuvre en milieu sanitaire, médico-social et social, personnes majeures Guide d'amélioration des pratiques
Méthode de travail	Accord d'experts : groupe de travail, groupe de lecture, analyse bibliographique
Objectif(s)	Prévenir les situations de maltraitance dans les établissements accueillant des personnes adultes en situation de vulnérabilité
Cibles concernées	Tout professionnel exerçant en établissement sanitaire, médico-social et social (direction, professionnel de santé, personnel administratif, technique et logistique, intervenant extérieur, autre)
Demandeur	Cabinet du ministre
Promoteur(s)	Haute Autorité de santé (HAS)
Pilotage du projet	Mme Laurence Chazalotte, cheffe de projet scientifique, unité du développement des compétences et amélioration des pratiques (UDCAP) au sein du service des bonnes pratiques (SBP) Dr Marie-José Moquet, responsable de l'UDCAP et adjointe au chef du SBP Dr Pierre Gabach, chef du SBP au sein de la direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (DAQSS) Dr Amélie Lansiaux, directrice de la DAQSS Mme Samantha Tan, assistante gestionnaire.
Recherche documentaire	Aurélien Dancoisne, documentaliste, Estelle Divol-Fabre, assistante documentaliste.
Auteurs	Laurence Chazalotte, Marie-José Moquet.
Conflits d'intérêts	Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la HAS. Elles sont consultables sur le site https://dpi.sante.gouv.fr . Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts de la HAS. Pour son analyse, la HAS a également pris en compte la base « Transparence-Santé » qui impose aux industriels du secteur de la santé de rendre publics les conventions, les rémunérations et les avantages les liant aux acteurs du secteur de la santé. Les intérêts déclarés par les membres du groupe de travail et les informations figurant dans la base « Transparence-Santé » ont été considérés comme étant compatibles avec la participation des experts au groupe de travail.
Validation	Version du 3 octobre 2024
Actualisation	
Autres formats	Synthèse

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur www.has-sante.fr 

Haute Autorité de santé – Service communication information
5, avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00
© Haute Autorité de santé – octobre 2024 – ISBN : 978-2-11-172662-8

Sommaire

Introduction	6
Démarche proposée par le guide	9
1. Comprendre les concepts de maltraitance et de bientraitance	10
1.1. Reconnaître une situation de maltraitance	10
1.2. Comprendre et mettre en œuvre la bientraitance	12
2. Principes de mise en œuvre	14
2.1. Personnes accueillies : garantir aux personnes leur liberté de choix et leur pouvoir d'agir	14
2.1.1. Impliquer les personnes le plus souvent possible	14
2.1.2. S'assurer de la compréhension de leurs droits	14
2.2. Professionnels : aider à prendre du recul sur leurs pratiques	15
2.2.1. Former en continu l'ensemble des professionnels de l'établissement	15
2.2.2. Prévoir des temps dédiés d'analyse des pratiques professionnelles	15
2.2.3. Agir en partenariat avec les proches aidants et les représentants des personnes accueillies	15
2.3. Établissement : engager l'ensemble de l'établissement	16
2.3.1. Coordonner bientraitance et lutte contre la maltraitance dans la démarche qualité et de gestion des risques	16
2.3.2. Formaliser et porter les actions	16
2.3.3. Identifier des personnes référentes « bientraitance » (personnes ressources)	17
2.3.4. Repérer les risques d'origine professionnelle, organiser les ressources humaines et assurer une qualité de vie au travail	17
2.3.5. Communiquer et promouvoir une culture de signalement	17
3. Repérer et prévenir la maltraitance	19
3.1. Personnes accueillies et proches aidants : repérer leurs risques	20
3.2. Professionnels : sensibiliser les équipes, repérer les risques et anticiper les « moments sensibles »	20
3.3. Établissement : identifier les risques liés à l'établissement et prévenir la maltraitance d'origine institutionnelle	23
4. Traiter les signaux de maltraitance	25
4.1. Personnes accueillies : leur rappeler leurs droits et leurs voies de recours	25
4.2. Professionnels : conduite à tenir et retour d'expérience	25
4.2.1. Conduite à tenir immédiate en cas de situation de maltraitance	25
4.2.2. Instaurer des retours d'expérience à distance de l'évènement	28
4.2.3. Illustrations de retours d'expérience	30
4.3. Établissement : intégrer les signalements au dispositif de gestion d'évènement indésirable (gestion des risques)	30

Table des annexes	33
Références bibliographiques	41
Participants	43
Abréviations et acronymes	47

Introduction

En France, il n'existe pas de chiffres significatifs relatifs à la prévalence de la maltraitance en établissement. La Fédération 3977 contre les maltraitances (plateforme nationale) a recensé, en 2021, 6 905 alertes dont 2 360 à 2 567 seraient d'origine institutionnelle. En 2022, elle a recensé une augmentation de 62,5 % d'appels reçus (8 920 nouveaux dossiers) à la suite des différentes enquêtes réalisées. De nombreux Français expriment de fortes attentes relatives à la lutte contre la maltraitance en établissement. Sept Français sur dix se montrent inquiets des risques de maltraitance pour eux-mêmes ou leurs proches (1) malgré les nombreuses démarches qualité qui ont été mises en place. Lutter contre la maltraitance et promouvoir la bientraitance est devenu un enjeu sociétal majeur.

Toute personne peut être concernée par une situation de maltraitance.

La bientraitance et la maltraitance sont des notions complexes, souvent difficiles à appréhender, notamment par leur aspect subjectif lié au ressenti des personnes. Elles se situent au sein d'une relation d'aide entre la personne accompagnée et les professionnels. Il peut s'agir d'une relation de confiance, de soins, d'accompagnement, d'aide à l'autonomie (ou de dépendance) et autres.

La bientraitance constitue une dimension majeure des démarches qualité. La bientraitance ne se limite pas à la lutte contre la maltraitance, c'est une démarche globale, lors de l'accueil en établissement des usagers et de leur entourage, visant à promouvoir le respect de leurs droits et libertés, leur écoute et la prise en compte de leurs besoins.

Depuis 2022, il existe une définition légale de la maltraitance¹, issue d'un consensus national, qui permet à tous de disposer d'un vocabulaire partagé (2). Cette reconnaissance légale constitue une avancée majeure qui favorise non seulement l'analyse des situations, mais va également permettre de mieux orienter les politiques publiques de prévention et de lutte contre la maltraitance.

Si les maltraitances peuvent concerner toutes les personnes, elles sont cependant accrues pour les personnes en situation de vulnérabilité et ce quelle qu'en soit la cause (maladie, handicap, âge, précarité, isolement...). Celles-ci sont davantage susceptibles d'être victimes d'atteintes à leur dignité et à leurs droits.

Objectifs du guide

L'objectif de ce guide est d'encourager la diffusion des bonnes pratiques professionnelles en établissement, en les déclinant de façon appropriée aux secteurs concernés (sanitaire, social et médico-social). Poursuivant la volonté de construire un socle partagé à tous les secteurs, des repères communs sont proposés, afin d'accompagner les professionnels et intervenants extérieurs à mieux appréhender ces notions, et de réduire, voire de lever certaines ambiguïtés. Il vise à faciliter le repérage des situations à risque, en donnant des clés pour identifier certains signaux et permettre d'améliorer la prévention, l'analyse et le traitement des situations avérées.

Ce guide a été élaboré autour de valeurs communes à partir de constats partagés et il s'inscrit dans une démarche d'amélioration continue de la qualité au sein des établissements. Les préconisations proposées contribuent à répondre à de nombreux critères de la certification des établissements de santé et de l'évaluation des ESSMS. Ce guide peut aussi aider à répondre aux attentes des usagers à la suite d'éventuelles plaintes ou réclamations.

¹ Article L. 119-1 du CASF.

Professionnels concernés

Ce guide est destiné aux professionnels exerçant en établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux (gouvernance, cadres, personnel administratif, technique, médical, paramédical, travailleurs sociaux, accompagnants éducatifs et sociaux, agents de service, de restauration, hôteliers, etc.) entrant en lien avec les personnes en situation de vulnérabilité. Les interventions des équipes de services et de soins à domicile ne seront pas traitées dans ce travail.

Population concernée

Ce guide concerne les personnes adultes en situation de vulnérabilité accueillies en établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Toute personne, lors de son parcours en établissement, peut être en situation de vulnérabilité et présenter des risques de maltraitance.

Enjeux

Ces travaux présentent plusieurs enjeux déterminants tant pour les personnes accueillies et leur entourage/leurs aidants, que pour les professionnels :

- des enjeux de société du fait du nombre important de personnes pouvant être en situation de vulnérabilité (le grand âge, la maladie ou le handicap, associés à une perte d'autonomie) et de fortes craintes exprimées par la population ;
- des enjeux de qualité et de sécurité des soins et des accompagnements (prévention, gestion des risques et signaux, liens avec la certification des établissements de santé et l'évaluation des ESSMS) ;
- des enjeux de santé publique du fait du vieillissement de la population et des conséquences néfastes des maltraitements sur la santé des personnes (décès prématurés, déclin cognitif, dépressions, etc.) ;
- des enjeux de prévention nécessitant de s'outiller pour anticiper davantage les situations, mieux repérer les signaux faibles d'alerte, et surtout mieux former les professionnels ;
- des enjeux éthiques, en permettant aux professionnels d'avoir des temps et des espaces de réflexion relatifs à l'évolution des perceptions et des pratiques concernant l'autonomie ou l'autodétermination des personnes par exemple ;
- des enjeux juridiques, comme celui de garantir le respect des droits fondamentaux des personnes en situation de vulnérabilité, des droits du travail, des obligations des établissements ;
- des enjeux politiques à travers la mise en œuvre de la stratégie nationale de lutte contre les maltraitements et de la politique publique du vieillissement par exemple (LOI n° 2024-317 du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie).

Contexte

Ce guide intervient dans un contexte qu'il convient de rappeler, au préalable. Les secteurs sanitaire, médico-social et social connaissent un manque d'attractivité et une crise qui s'inscrit dans la durée, en raison de plusieurs facteurs qui interagissent entre eux : le manque de reconnaissance des missions et métiers concernés, le niveau de rémunération malgré les mesures prises, et les conditions de travail difficiles sont autant de raisons pouvant dissuader le personnel qualifié d'exercer en établissement, ou les étudiants de choisir ces filières. Les locaux peuvent aussi, dans certains cas, être inadaptés aux besoins de la population accueillie. Les problématiques importantes de ressources humaines rencontrées en établissement (difficultés de recrutement et de formations qualifiantes, risques de glissement de tâches, contrats courts) posent la question de la définition de ratios minimum d'encadrement. Ces éléments peuvent avoir pour conséquence à moyen terme une perte du sens accordé par les professionnels à leur travail. Ainsi, la qualité des prestations que sont en droit

d'attendre les personnes, à l'instar de la qualité de vie au travail des professionnels, peut être dégradée.

L'ensemble de ces éléments ne doit cependant pas freiner les indispensables progrès à poursuivre. La HAS sera attentive aux demandes d'évolutions proposées par les utilisateurs.

Démarche proposée par le guide

Le guide comprend des préconisations générales ainsi qu'un rapport d'élaboration décrivant les différentes étapes de réalisation des travaux qui ont conduit à sa rédaction et l'analyse de la littérature.

Terminologie : le terme de « personne accueillie » a été retenu afin de couvrir les trois secteurs d'intervention (sanitaire, médico-social et social). Pour le secteur sanitaire, la personne accueillie est « le patient », et pour le secteur médico-social et social : « le résident » ou « la personne accompagnée ».

Le guide est accompagné d'une synthèse, de 4 fiches pratiques (fichier PDF à télécharger) répondant aux questions ci-dessous.

Comment savoir s'il s'agit d'une situation de maltraitance (chapitre 1), comment qualifier une situation ?

➔ [Fiche 1 : Reconnaître une situation potentielle de maltraitance envers les personnes accueillies](#)

Quelles postures professionnelles dois-je adopter ?

➔ [Fiche 2 : Rappel de postures professionnelles bientraitantes à adopter avec la personne accueillie](#)

Comment repérer (chapitre 3) les facteurs de risques et les signaux faibles d'alerte de maltraitance ?

➔ [Fiche 3 : Prévention des maltraitances \(adultes\) : aide au repérage des facteurs de risques et des signaux faibles d'alerte](#)

- Grille 1 : AIDE AU REPÉRAGE DES RISQUES DE MALTRAITANCE DES PERSONNES ACCUEILLIES (utilisation par les professionnels de proximité)
- Grille 2 : AIDE AU REPÉRAGE DES RISQUES DE MALTRAITANCE LIÉS AUX PROFESSIONNELS (utilisation par l'encadrement)
- Grille 3 : AIDE AU REPÉRAGE DES RISQUES DE MALTRAITANCE LIÉS A L'ÉTABLISSEMENT (utilisation par la gouvernance)

Quels sont les messages clés du guide en un coup d'œil ?

➔ [Fiche 4 : Prévenir les situations de maltraitance en établissement](#)

Trois documents destinés aux usagers et leurs proches : un par secteur.

- ➔ Bientraitance et maltraitance en établissement. Comprendre et agir.
- [Informations destinées aux patients adultes et leurs proches \(Secteur sanitaire\)](#)
 - [Informations destinées aux personnes accueillies et leurs proches \(Secteur social\)](#)
 - [Informations destinées aux personnes accueillies et leurs proches \(Secteur médico-social\)](#)

1. Comprendre les concepts de maltraitance et de bientraitance

1.1. Reconnaître une situation de maltraitance

La maltraitance est définie à l'article L. 119-1 du Code de l'action sociale et des familles (CASF).

« La maltraitance au sens du CASF vise toute personne **en situation de vulnérabilité** lorsqu'un geste, une parole, une action ou un défaut d'action compromet ou porte atteinte à son développement, à ses droits, à ses besoins fondamentaux ou à sa santé et que cette atteinte intervient dans une relation de confiance, de dépendance, de soin ou d'accompagnement. Les situations de maltraitance peuvent être ponctuelles ou durables, intentionnelles ou non. Leur origine peut être individuelle, collective ou institutionnelle. Les violences et les négligences peuvent revêtir des formes multiples et associées au sein de ces situations. »

La notion de maltraitance est à distinguer de la notion de violence. La maltraitance implique l'existence d'une relation d'aide entre la personne et l'auteur. Si cette relation d'aide n'est pas présente, on parle de « violence » par exemple entre deux personnes accueillies, entre deux professionnels de l'établissement, ou des personnes accueillies vis-à-vis des professionnels ou des proches aidants.

Il existe **sept types de maltraitance** : physique, sexuelle, psychologique, matérielle et financière, négligences, abandons ou privations, discriminations, exposition à un environnement violent (2).

On parle **de maltraitance institutionnelle**, lorsque les situations de maltraitance résultent, au moins en partie, de pratiques managériales, de l'organisation et/ou du mode de gestion d'une institution ou d'un organisme gestionnaire, voire de restrictions ou dysfonctionnements au niveau des autorités de tutelle sur un territoire.

Comment reconnaître une situation de maltraitance ?

À l'occasion de la survenue d'un événement, il n'est pas toujours évident de savoir s'il s'agit d'une situation de maltraitance. S'appuyer sur la définition de la maltraitance permet de se questionner face à une situation. Elle concerne en premier lieu les personnes en situation de vulnérabilité (cf. [Fiche 1](#)).

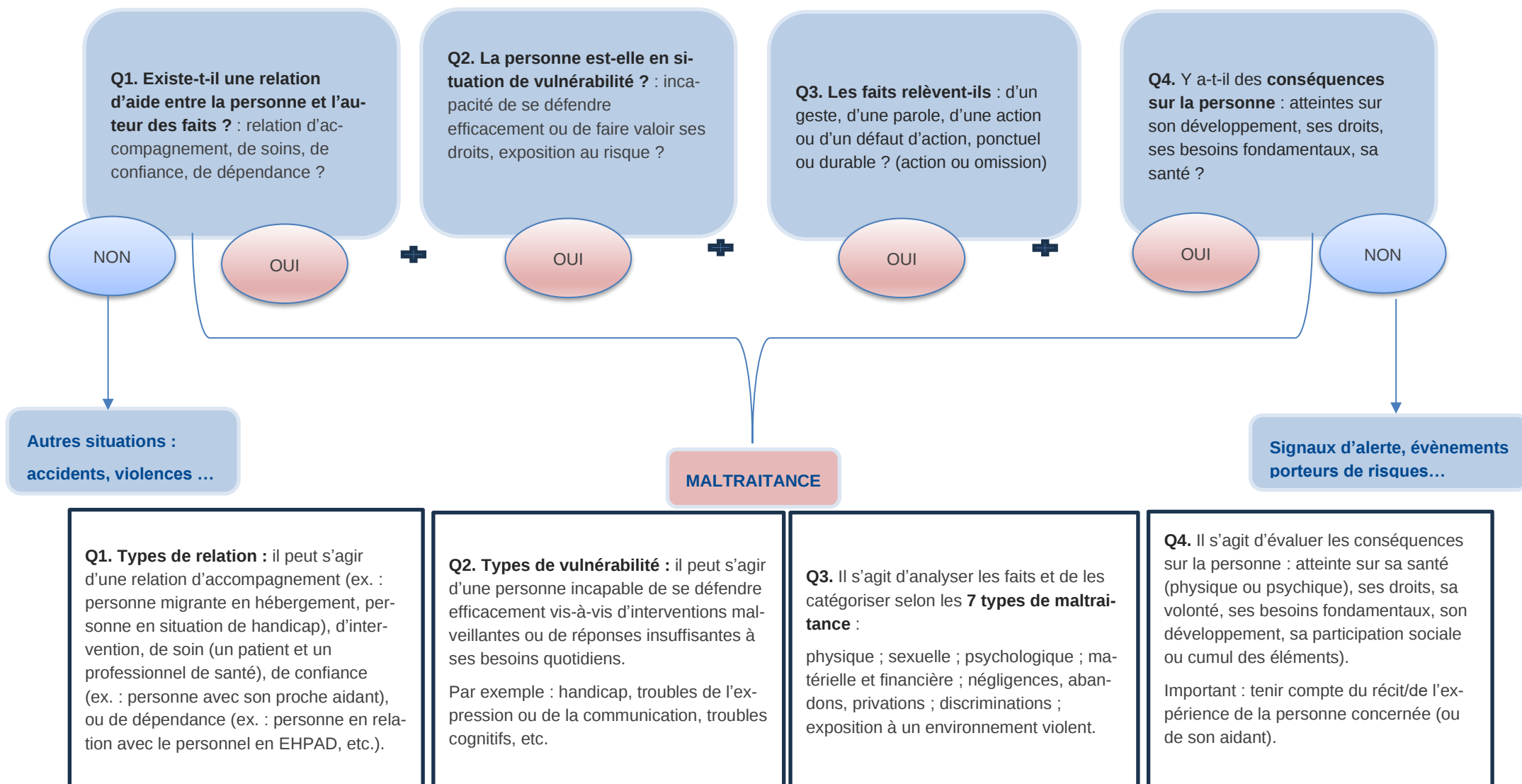
Définition de la situation de vulnérabilité (2)

« La vulnérabilité est liée à des facteurs individuels et/ou des facteurs environnementaux. Une personne se sent ou est en situation de vulnérabilité lorsqu'elle se trouve en difficulté, voire impossibilité de se défendre ou de faire cesser une maltraitance à son égard ou de faire valoir ses droits du fait de son âge (dans le cas d'un mineur), de son état de santé, d'une situation de handicap, d'un environnement inadapté ou violent, d'une situation de précarité ou d'une relation d'emprise. Des facteurs individuels relatifs au genre, à l'orientation sexuelle, à la race, l'ethnie ou à la nationalité peuvent constituer un risque accru de vulnérabilité. »

Toute personne peut se trouver, à un moment de son parcours de vie ou de santé, dans une situation de vulnérabilité. Le terme de situation de vulnérabilité met en évidence l'aspect évolutif.

Schéma 1 : Reconnaître une situation de maltraitance : quatre questions à se poser (repris dans la [Fiche 1](#))

À l'occasion d'un évènement indésirable, il n'est pas toujours évident de savoir s'il s'agit d'une situation de maltraitance. Quatre questions sont à se poser : Q1, Q2, Q3, Q4, pour savoir s'il s'agit d'une éventuelle situation de maltraitance. Si la réponse est oui pour les quatre questions, alors il peut s'agir d'une situation de maltraitance. Quelle que soit la situation (violence, maltraitance, signaux d'alerte), des mesures sont à prendre.



Une fiche pratique ([Fiche 1](#)) associée à ce guide détaille les éléments du schéma 1. Elle peut être utilisée à des visées d'auto-évaluation ou pédagogiques. Ce document permet aux équipes qui se questionnent sur la nature d'un évènement ou dysfonctionnement d'identifier s'il s'agit d'une situation de maltraitance. Il peut aussi servir de support de discussion (en réunion de staff par exemple) en cas de perception différente d'un évènement au sein d'une équipe.

1.2. Comprendre et mettre en œuvre la bientraitance

La bientraitance est une notion large et n'est pas strictement l'absence de maltraitance. Elle correspond à une prise en charge globale de la personne et de son entourage qui réponde à leurs attentes et à leurs besoins et permette le respect de leurs droits et de leurs libertés. Elle est à distinguer de la bienveillance (cf. tableau 1 ci-dessous).

Définition

La bientraitance est **une culture inspirant les actions** individuelles et les relations collectives au sein d'un établissement ou d'un service. Elle vise à promouvoir le bien-être de l'usager en gardant présent à l'esprit le risque de maltraitance ([3](#) et [18](#)).

Tableau 1. Comprendre et mettre en œuvre la bientraitance

La bientraitance, c'est :
– une approche relationnelle d'attention à l'autre, un ensemble de pratiques professionnelles en lien avec des valeurs professionnelles, une posture professionnelle à adopter (Fiche 2 : Postures) ; – une composante à part entière du soin ou de l'accompagnement, ou de la relation d'aide (ce n'est pas une démarche qualité supplémentaire, ni une charge de travail en plus) ; ⇒ C'est le cœur de métier des professions de santé et sociales. – une approche qui respecte les principes de l'éthique (3, 5, 18). <i>Exemple de refus de soins : Mme Flore refuse ses soins. Le professionnel s'interroge sur ce qu'il doit faire. Il convient alors d'en discuter en équipe pluridisciplinaire et de recourir à un questionnaire éthique pour prendre la décision la plus appropriée. Parallèlement, il est réexpliqué à la personne le rapport bénéfices/risques de ces soins. À l'issue de ces échanges, et en cas de maintien de position, des alternatives sont proposées à la personne.</i> ⇒ Le recours au questionnaire éthique constitue une pratique bientraitante.
La bientraitance consiste à :
– personnaliser l'accompagnement en repérant dès l'entrée et en formalisant les besoins et attentes spécifiques dans le projet personnalisé, actualisé à chaque changement significatif (min : 1 fois par an). La formation professionnelle et le respect des recommandations professionnelles de bonnes pratiques sur les spécificités du public accueilli sont cruciaux ; – informer la personne de ses droits en établissement, ses possibilités d'action et voies de recours ; – évaluer et mettre à disposition le moyen de communication correspondant à ses besoins pour recueillir l'expression de la personne accueillie, ses besoins, souhaits, son avis, son expérience, sa satisfaction (ex. : aides techniques, version FALC, communication alternative améliorée, etc.) ; – s'assurer que l'action réalisée correspond aux besoins et attentes de la personne (ce n'est pas faire référence à ses propres représentations et ses valeurs différentes d'une personne à l'autre). La bienveillance est une qualité essentielle or quelquefois, l'excès de bienveillance peut aller à l'encontre de l'autonomie* des personnes. <i>Exemple de bienveillance (4) : « Vous devez avoir froid ! Je vais vous apporter une couverture... Ça va vous faire du bien ! » Dans cette formulation remplie de bonnes intentions et de gentillesse, il n'y a pas forcément d'interaction avec l'autre personne. On présume de son besoin à un moment précis.</i>

Exemple de bientraitance : « Vous semblez avoir froid ! Voulez-vous une couverture ou entrer à l'intérieur ? Qu'est-ce que vous souhaitez ? » Dans cette formulation, l'interaction avec l'autre personne est privilégiée. Son point de vue est pris en compte et les questions « ouvertes » laissent place à l'échange et à la libre décision.

** Le concept d'autonomie peut recouvrir différentes notions. Dans le cadre de la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé, l'autonomie désigne « la capacité... d'un individu ou d'un système à se gouverner soi-même, selon ses propres règles » ; elle présuppose la capacité de jugement, c'est-à-dire prévoir et choisir, la liberté d'agir, d'accepter ou de refuser en fonction du jugement ;*

- accompagner l'autonomie de la personne, s'appuyer sur ses compétences intrinsèques évaluées (et ne pas se focaliser sur les inaptitudes de la personne en omettant ses compétences). Une personne conserve son autonomie décisionnelle même si elle est dépendante* ou protégée juridiquement ;
- faire « avec » la personne (et non « à la place » de la personne).

** On entend par dépendance une situation dans laquelle une personne a besoin d'une autre personne, d'un service ou d'une institution, pour répondre à ses besoins fondamentaux et réaliser pour et avec elle des actes de la vie quotidienne (2) ;*

- s'interroger régulièrement, individuellement et collectivement, sur ses propres pratiques en se basant sur les recommandations de bonnes pratiques et outils (exemples : témoignages pour questionner les pratiques (6), questionnaires Regards croisés (7), (8) et chartes bientraitance (9) etc.) et se former en continu sur les besoins spécifiques des personnes accueillies (ne pas exercer une activité professionnelle avec automatisme, sans penser à ses gestes et sans se remettre en question régulièrement) ;
- respecter les droits fondamentaux et les droits des personnes accueillies² (10, 11) : le consentement aux soins et aux services proposés (ex. : activités), la décision partagée, la liberté d'aller et venir, le droit de recevoir des visites des proches aidants, de sortir dans le quartier, le jardin, les étages, en famille, le droit de décider pour soi dans la limite des décisions judiciaires (secteur social) ;
- maintenir une vie sociale, culturelle et familiale ;
- faire alliance avec les proches aidants, les bénévoles et les représentants des usagers (CVS/CDU/collectif), médiateurs sociaux ou médiateurs santé pairs, qui peuvent contribuer à la qualité de l'accompagnement (ne pas refuser l'aide des proches aidants ou des bénévoles, et considérer leurs expertises, expériences et observations).

Le rapport humain entre la personne aidée et l'aidant constitue l'élément clé de la confiance et de la satisfaction des différentes parties (personnes accueillies, proches aidants, représentants des usagers, professionnels, gestionnaires).

La qualité de cette interaction implique l'ensemble de l'établissement et son organisation. La situation de maltraitance ne se réduit pas à la responsabilité individuelle des professionnels ; **elle est souvent d'origine multifactorielle et non intentionnelle**. Différents facteurs peuvent influencer cette interaction entre la personne et les professionnels au sein d'un établissement.

Une **approche systémique** permet de questionner le fonctionnement de l'établissement dans ses dimensions humaines et organisationnelles.

² ESSMS : articles L. 311-3 et suivants du CASF et en santé : articles L. 1110-1 à L. 1115-3 du CSP et référentiels qualité HAS.

2. Principes de mise en œuvre

Garantir aux personnes leur liberté de choix et leur pouvoir d’agir, permettre aux professionnels une prise de recul et engager l’ensemble de l’établissement sont les trois axes à développer.

2.1. Personnes accueillies : garantir aux personnes leur liberté de choix et leur pouvoir d’agir

2.1.1. Impliquer les personnes le plus souvent possible

Il s’agit d’associer et d’interagir avec la personne accueillie le plus souvent possible dans les différentes décisions, de favoriser son autonomie et son autodétermination (capacité à faire des choix et à prendre des décisions) tout au long du séjour. Il est demandé à la personne de communiquer ses besoins et attentes spécifiques, formalisés dans le projet personnalisé de soins/santé (secteur sanitaire) ou dans le projet de vie ou d’accompagnement personnalisé (secteur ESSMS), ainsi que les coordonnées de la personne de confiance dont le rôle est rappelé³.

Le consentement éclairé de la personne accueillie est recherché systématiquement pour tout acte ou activité. Son avis, son expérience et sa satisfaction sont régulièrement analysés et pris en compte ([12](#), [13](#)).

2.1.2. S’assurer de la compréhension de leurs droits

Les personnes et leurs proches aidants **doivent être informés de leurs droits** par le biais d’un support d’information adapté à leurs besoins (ex. : livret d’information remis, Santé BD ([14](#)), version FALC ou traduite), dès leur accueil en établissement. Le livret d’accueil contient un encart spécifique rappelant les droits des usagers, les définitions, et les **numéros à contacter en cas de maltraitance** (ex. : les représentants des usagers, la CDU, le CVS, les personnes qualifiées, les associations, le médiateur ([15](#), [16](#)), la plateforme 3977, la ligne téléphonique Info Droits de France Assos Santé⁴, les autorités de contrôle, etc.). Un affichage rappelant ces informations est prévu dans les lieux de passage, de même que la charte relative aux droits des usagers ou des droits et libertés de la personne accueillie⁵. Il peut s’agir aussi d’une charte propre à une discipline spécifique comme développée par le Collège national de gynécologie obstétrique (CNGOF) ([9](#)). Ces chartes spécifiques constituent une approche complémentaire.

Les professionnels, avec le soutien des référents bientraitance, **s’assurent de la compréhension** par les **personnes accueillies de leurs droits, possibilités d’action et voies de recours** lors d’un temps dédié prévu à cet effet. **Un support d’information** est communiqué **à la personne** rappelant ces données et contacts utiles. Ce support peut aussi être présenté dans les instances représentatives des personnes ou tout autre espace de discussion jugé utile.

³ Personne de confiance : art. L. 311-5-1 CASF et art. L. 1111-6 CSP.

⁴ [Santé Info Droits – France Assos Santé \(france-assos-sante.org\)](#)

⁵ Arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie, mentionnée à l’article L. 311-4 du code de l’action sociale et des familles

2.2. Professionnels : aider à prendre du recul sur leurs pratiques

2.2.1. Former en continu l'ensemble des professionnels de l'établissement

L'ensemble des professionnels administratifs, médico-techniques, de l'accueil, du médical et paramédical, la direction **sont formés** aux principes de déploiement de la bientraitance, à la prévention de la maltraitance **en lien avec les besoins spécifiques des populations accueillies** (exemples : le certificat national d'intervention en autisme, formations spécifiques sur le polyhandicap, etc.). Ces formations comprennent une partie théorique et pratique et peuvent prendre différentes formes (sessions de simulation, mises en situation, journée d'immersion, formations croisées, etc.) en associant les personnes accueillies et/ou leurs représentants (associations).

Des formations continues sont mises en place dès la prise de poste en établissement (ex. : au minimum, la formation en ligne du ministère (17) ; des rappels réguliers sont organisés). Un plan de formation continue de l'ensemble du personnel est en place, en lien direct avec les besoins spécifiques de la population accueillie.

2.2.2. Prévoir des temps dédiés d'analyse des pratiques professionnelles

Des temps dédiés d'échanges et d'analyse des pratiques professionnelles sont organisés pour permettre aux équipes de prendre du recul collectivement sur leurs pratiques, pour libérer la parole et résoudre des problématiques ou les signaux d'alerte. Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles doivent être rappelées à cette occasion et respectées.

Les séances de **retours d'expérience (ou RETEX)** sur des situations de maltraitance survenues sont l'occasion de réfléchir collectivement, de permettre un apprentissage des bonnes pratiques professionnelles et la mise en place de plans d'actions en tenant compte des réalités du terrain. À cette occasion, les principes de bientraitance et les postures à adopter peuvent être rappelés si besoin (chapitre 1 et [Fiche 2 : Postures](#)), des cas pratiques sous forme de [vidéos](#) accompagnées d'un guide (6) ou encore l'outil « Regards croisés » élaboré par QualiREL⁶ (7) (8) peuvent aussi être utilisés. Cette réflexion peut permettre d'identifier les besoins en supervision ou de compagnonnage de certains professionnels.

Des temps dédiés d'analyse des pratiques professionnelles sont organisés régulièrement.

2.2.3. Agir en partenariat avec les proches aidants et les représentants des personnes accueillies

Il convient de faire alliance avec les proches aidants et les représentants des personnes, avec l'accord de la personne accueillie, et de les associer le plus possible aux décisions et aux actions d'amélioration à prévoir.

– **Expliquer et communiquer régulièrement avec les proches aidants** et/ou la personne de confiance est essentiel pour assurer la qualité de l'accueil et de l'accompagnement. **Leur expertise et leurs observations sont à prendre en considération** pour prévenir les risques de maltraitance.

⁶ Structure régionale d'appui (SRA) de la région Pays de la Loire.

– **L’implication des représentants des usagers ou des personnes accompagnées** est fondamentale dans le déploiement de la politique de bientraitance et la lutte contre la maltraitance. L’un d’eux peut être nommé référent « bientraitance » (cf 2.3.3). Ils sont informés des situations de maltraitance, participent aux instances qualité et aux actions d’amélioration et aux retours d’expérience dans le cadre de la gestion des situations de maltraitance. Les courriers de réclamation et de plainte sont analysés avec eux pour identifier des améliorations. Ils peuvent être une aide et un soutien pour les personnes ayant des difficultés dans l’établissement.

En cas de conflits entre l’établissement, la famille, les représentants des usagers ou la personne qualifiée, le recours à un tiers neutre permet de jouer un rôle d’interface temporaire ou le recours à une médiation ([15](#), [16](#)) peut être à envisager.

2.3. Établissement : engager l’ensemble de l’établissement

2.3.1. Coordonner bientraitance et lutte contre la maltraitance dans la démarche qualité et de gestion des risques

La coordination du déploiement de la bientraitance et de la lutte contre la maltraitance permet de mettre en place une démarche préventive et de s’inscrire dans les démarches qualité et de gestion de risques existantes (certification des établissements et évaluation des ESSMS). L’ensemble des thématiques de ces référentiels qualité concourt à la mise en œuvre d’une pratique bientraitante.

Pour améliorer la qualité de l’accompagnement ou des soins, le déploiement de la bientraitance et la lutte contre la maltraitance doivent se déployer de façon complémentaire.

L’analyse des réclamations et des plaintes ainsi que tout type de maltraitements doivent faire l’objet d’un **plan de prévention et de gestion des risques de maltraitance** afin de mettre en place une **vigilance continue** ([18](#), [3](#), [19](#)).

2.3.2. Formaliser et porter les actions

La direction formalise au sein du projet d’établissement son engagement et les actions menées sur les thématiques de la bientraitance et la prévention de la maltraitance (critères impératifs des référentiels de certification ([18](#)) pour les établissements de santé, d’évaluation pour les ESSMS ([3](#)). Le décret du 29 février 2024⁷ fixe le contenu minimal du projet d’établissement des ESSMS, en particulier la démarche de prévention interne et de lutte contre la maltraitance.

Elle s’assure de faire respecter les libertés individuelles et les droits fondamentaux ([20](#)) des personnes, notamment pour les droits de visite des proches et les libertés d’aller et venir de la personne.

Une organisation spécifique est prévue pour les « moments sensibles à risques » (cf. chapitre 3.2).

Le déploiement de la bientraitance et la lutte contre la maltraitance sont inscrits dans le projet d’établissement et s’inscrivent dans la certification hospitalière et l’évaluation des ESSMS.

⁷ Décret n° 2024-166 du 29 février 2024 relatif au projet d’établissement ou de service des ESSMS.

2.3.3. Identifier des personnes référentes « bientraitance » (personnes ressources)

Au moins **un référent « bientraitance » interne** (professionnel exerçant dans l'établissement) et **un référent externe** (représentant des personnes accueillies/usagers, psychologue, éthicien autres) formés spécifiquement sont identifiés, sur la base du volontariat, par l'organisme gestionnaire ou l'établissement. Le nombre de référents est à adapter selon la taille de l'établissement. Une suppléance est organisée.

Ils sont neutres et ont un rôle d'expertise et de soutien. Leur rôle est d'informer, de répondre aux questionnements, de sensibiliser les équipes à la prévention, de les orienter pour gérer les situations de maltraitance et pour l'application des procédures. Ils coordonnent les retours d'expérience, mettent en place avec les équipes les mesures de prévention et sont les contacts privilégiés internes et externes.

L'un d'eux est facilement joignable afin qu'une réponse aux signalements soit apportée aux professionnels et aux personnes accueillies ; une adresse e-mail générique peut être mise en place. Ils n'ont pas de liens hiérarchiques avec les professionnels.

Pour le référent interne, il peut s'agir des responsables qualité, des référents handicap, quand cette fonction existe. Cette fonction peut être mutualisée entre plusieurs établissements selon le besoin.

Les modalités de contact des référents « bientraitance » et leurs missions sont connues de tous.

2.3.4. Repérer les risques d'origine professionnelle, organiser les ressources humaines et assurer une qualité de vie au travail

Une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences est à assurer afin de prévenir la pénurie de personnel. En cas de recours momentané à du personnel moins qualifié, un encadrement spécifique doit être prévu.

Une vigilance est à mettre en place sur les indicateurs de turnover, d'arrêts de travail, de recours au personnel d'intérim et aux vacataires. L'établissement favorise les recrutements en CDI plutôt qu'un recours à l'intérim et met en place une politique de formation qualifiante et de valorisation des acquis de l'expérience permettant l'accès aux diplômes requis.

Les risques professionnels sont identifiés dans le document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP). Un plan de prévention des risques psychosociaux (RPS) et un plan de qualité de vie et des conditions de travail (QVCT) sont mis en place incluant des mesures de reconnaissance du personnel.

Des mesures de QVCT et de prévention des RPS sont formalisées et mises en place. Une vigilance et des mesures préventives sont à prévoir en cas de climat de travail dégradé dans une unité.

2.3.5. Communiquer et promouvoir une culture de signalement

Une communication interne régulière est réalisée auprès du personnel afin de faire connaître l'engagement de la direction et pour maintenir une dynamique de prévention. Il est organisé un rendez-vous/une journée annuel(elle) sur ce sujet à l'occasion des journées « droits des usagers » ou des « semaines bleues », par exemple. Lors de cette journée peuvent être abordés : les courriers d'éloges de personnes accueillies, la valorisation des personnels, les actions correctives et préventives réalisées à l'issue des retours d'expérience, la présentation de recommandations de bonnes pratiques ou autres outils, les droits des usagers. Un état des lieux des actions en cours est communiqué (cf.

annexe 2 : récapitulatif des actions). Selon les sujets, les usagers, leurs représentants et associations participent à l'animation.

Rappel important : la culture du signalement témoigne de l'engagement de l'établissement dans une démarche vertueuse de qualité.

La direction promeut la culture du signalement (21). Un établissement qui ne signale aucune situation de maltraitance peut être considéré comme un établissement à risques, non sensibilisé à ces questions. Les autorités de contrôle (ARS, CD, DREETS) peuvent considérer comme un signal d'alerte l'absence de déclarations ou la sous-déclaration de situations (établissements dits « silencieux »).

La mise en place et l'affichage d'une charte sont un engagement de la direction auprès des professionnels et des personnes accueillies. Il peut s'agir de chartes de confiance ou d'incitation au signalement. Dans celles-ci, la direction s'engage à ne pas sanctionner les professionnels qui déclarent de bonne foi les situations de maltraitance (cf. modèles de chartes (22)) et à les déculpabiliser. Les éléments favorisant sont l'objectivité, l'anonymat, la confidentialité et l'efficacité. La culture de signalement est fondée sur la culture juste dans laquelle l'erreur humaine est analysée et non pas condamnée, et où un management équitable est pratiqué.

L'établissement met en place la culture du signalement : **le nombre de signaux d'alerte internes détectés indique que l'établissement mène une politique de prévention des risques de maltraitance** (auto-diagnostic). Les professionnels ne doivent plus avoir d'appréhension à signaler : toute situation ou tout signal d'alerte devant être évoqués en routine. L'établissement met en place un environnement de travail déculpabilisant et soutenant pour les professionnels permettant de libérer la parole face à d'éventuelles situations de maltraitance.

Il communique régulièrement auprès des équipes sur les avancées en matière de déploiement de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance.

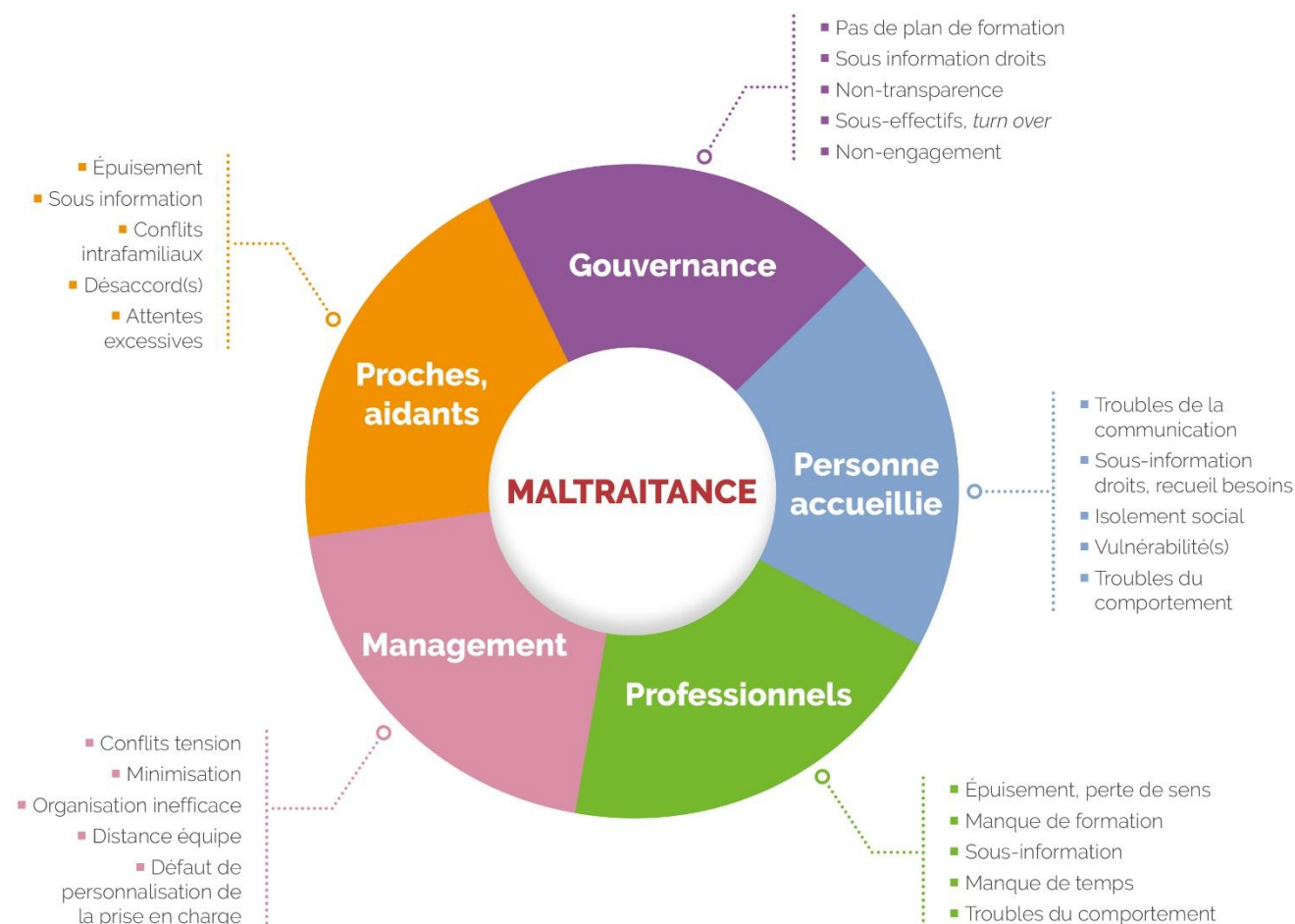
3. Repérer et prévenir la maltraitance

Repérer et prévenir les situations de maltraitance **implique la mobilisation de l'ensemble du personnel à chaque niveau hiérarchique**. Les facteurs de risques, les signaux faibles d'alerte de situations de maltraitance de même que les « moments sensibles » font l'objet d'une vigilance particulière. Ces éléments permettent à l'établissement de mettre en place des mesures préventives.

Les facteurs de risques sont les causes probables de réalisation du risque. Un signal faible est une information d'alerte précoce de faible intensité annonciatrice d'une tendance ou d'un évènement important.

En établissement, les facteurs de risques de maltraitance (schéma 3) peuvent être liés aux personnes accueillies (chapitre 3.1), aux professionnels (chapitre 3.2), mais aussi aux établissements et à l'environnement (chapitre 3.3). Les situations de maltraitance peuvent être subies ou commises par les personnes de manière non intentionnelle. Elles peuvent aussi être de nature environnementale, organisationnelle ou systémique.

Schéma 3. Facteurs de risques de la maltraitance en établissement



3.1. Personnes accueillies et proches aidants : repérer leurs risques

Lors de l'entrée et de l'accueil de la personne en établissement, ses facteurs de risques d'exposition à une situation maltraitante sont pré-identifiés et un suivi est réalisé. Cette analyse doit aussi être actualisée en cas d'évolution de la situation.

Tout au long du séjour, chaque professionnel repère les signaux faibles d'alerte relatifs à la personne accueillie et aux proches aidants (Tableau 2). La **grille 1** (dans la [Fiche 3](#)) de repérage relatif aux risques des personnes accueillies détaille les éléments du tableau 2 (utilisation par les professionnels de proximité).

Tableau 2. Synthèse des facteurs de risques et signaux faibles d'alerte liés aux personnes accueillies et aux proches aidants

	Facteurs de risques	Signaux faibles d'alerte
Personne accueillie	– Situation de vulnérabilités (23) et cumul de vulnérabilités (ex. : femme enceinte en situation de handicap) – Isolement social et familial – Troubles du comportement – Troubles de la communication – Perte d'autonomie – Usage de substances toxiques dont alcool – Antécédents de violence intrafamiliale connue – Troubles psychiatriques non stabilisés – Troubles neurocognitifs majeurs (maladie d'Alzheimer et apparentées)	– Changement soudain de comportement et d'humeur – Dégradation subite de l'état de santé, signes physiques – Changement de communication – Plaintes
Proches aidants	– Difficultés de relations avec l'établissement – Difficultés de la situation du proche aidant – Culpabilité	– Changement dans la communication – Changement de comportement – Plaintes et réclamations – Difficultés de relations proches aidants/personnes

Tout signal doit être pris au sérieux et transmis à la hiérarchie puis tracé dans le dossier de la personne. Il est à évoquer au fil de l'eau en séances de transmissions, ainsi qu'en réunion d'équipe ou de staff pour mettre en place d'un plan d'actions préventives avec l'aide des référents bientraitance. Ce plan d'actions est intégré dans le plan de prévention et de gestion des risques.

Les équipes sont attentives également aux risques de maltraitance provenant des proches aidants. Le professionnel ayant des doutes ou ayant repéré des signaux les partage aussitôt en réunion d'équipe. Puis, une discussion est engagée avec la personne accueillie et la personne de confiance pour remédier à la situation.

3.2. Professionnels : sensibiliser les équipes, repérer les risques et anticiper les « moments sensibles »

Le rôle de l'encadrement est crucial pour impulser une dynamique de repérage et de prévention.

L'encadrement sensibilise les équipes régulièrement en vue d'un repérage systématique des risques. Il rappelle les postures professionnelles bientraitantes ([Fiche 2 : Postures](#)) et place les équipes en situation de **vigilance vis-à-vis des signaux faibles d'alerte et des moments particulièrement sensibles**. Il repère également les besoins en supervision et/ou accompagnement des membres de l'équipe en proposant une organisation spécifique.

Une organisation spécifique est prévue par l'encadrement **au regard des « moments sensibles » identifiés en amont (Tableau 3).**

Tableau 3. « Moments sensibles » à risque de maltraitance

« Moments sensibles » nécessitant une vigilance particulière (liste non exhaustive, à adapter selon les caractéristiques de l'établissement)	
Tous secteurs confondus – Moments de transition – Périodes ou moments faisant l'objet d'une tension en effectif ou d'une moindre vigilance	– Entrée de la personne en établissement, sortie de la personne, retour d'hospitalisation (ces moments de transition nécessitent une préparation) – Nuits, week-ends, les vacances ou les jours fériés (19) (une organisation spécifique à prévoir) – Moment de transmissions ou de regroupement du personnel (ne pas laisser les personnes sans recours au personnel) – Les situations d'urgences
En secteur sanitaire (27), et médico-social	– Toilettes et changes des personnes – Temps des repas et surveillance de la dénutrition – Réponses apportées aux appels malades (capacité d'analyse des délais) – Prise en charge de la douleur physique et psychique – Annonce diagnostique ou d'un évènement important – Pratiques de contentions et d'isolement et respect des règles applicables – Situations de fin de vie et soins palliatifs – Maintien des relations et liens avec les proches – Accès à l'information et aux droits – Accès et usage des outils numériques
En secteur social	– Les fins de journée, les périodes festives

L'encadrement valorise les bonnes pratiques de bientraitance et de prévention des professionnels lors de séances collectives dédiées d'analyse des pratiques ou lors des transmissions. Il favorise la prise de parole des membres de l'équipe en cas de détection de signaux faibles.

Il repère tout risque d'origine professionnelle (ex. : usure professionnelle, burn out, changement d'attitude, etc.) **et les signaux faibles d'alerte** (tableau 4). **La grille 2** (dans la [Fiche 3](#)) de repérage des risques d'origine professionnelle détaille les éléments du tableau 4 (utilisation par l'encadrement). Si des risques sont identifiés, l'encadrement met en place un plan d'actions préventives.

Tableau 4. Synthèse des facteurs de risques et signaux faibles d'alerte liés aux professionnels

Facteurs de risques liés aux professionnels	Signaux d'alerte liés aux professionnels
– Manque de formation – Usure professionnelle, perte de sens – Manque de temps, charge de travail, glissement de tâches – Turnover important, recours personnel intérimaire – Défaut de connaissance des besoins spécifiques – Isolement dans la pratique, pas de prise de recul – Conditions de travail dégradées, pas de QVT	– Posture professionnelle inadéquate – Non-respect des recommandations – Changement de comportement et d'humeur – Difficultés ou absence de dialogue dans l'équipe – Attitude négative envers le travail ou avec la personne accueillie, ou conflit avec elle – Peu de partage d'information avec les proches aidants

Point de vigilance relatif aux restrictions de liberté d'aller et venir

L'entrave à la liberté d'aller et venir est contraire aux droits fondamentaux et a des conséquences délétères sur la personne accueillie. En dehors des situations prévues par la loi, ces restrictions constituent une situation de maltraitance portant atteinte aux droits fondamentaux de la personne et à sa dignité. La réglementation nationale et les conventions internationales approuvées par la France (26) ainsi que les recommandations de bonnes pratiques professionnelles sont à respecter.

En psychiatrie, la restriction d'aller et venir, par le recours à la contention et à l'isolement, est strictement encadrée. En effet « l'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours et ne peuvent concerner que des patients en hospitalisation complète sans consentement. Il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision motivée d'un psychiatre et uniquement de manière adaptée, nécessaire et proportionnée au risque, après évaluation du patient. Leur mise en œuvre doit faire l'objet d'une surveillance stricte, somatique, et psychiatrique confiée par l'établissement à des professionnels de santé désignés à cette fin et tracée dans le dossier médical ... »⁸.

Si en établissement psychiatrique un cadre légal permet de recourir dans des conditions très encadrées à la contention et à l'isolement, il n'en va pas de même dans les établissements sociaux et médico-sociaux pour lesquels il n'existe aucune réglementation similaire.

Seules des mesures particulières pour assurer l'intégrité physique et la sécurité de la personne, au sein des établissements et services qui accueillent des personnes âgées, sont prévues aux articles L.311-4-1 et R.311-0-5 et suivants du code de l'action sociale et des familles. Ces dispositions précisent qu'une annexe au contrat de séjour du résident peut définir les mesures particulières à prendre pour assurer son intégrité physique et sa sécurité et pour soutenir l'exercice de la liberté d'aller et venir. De telles mesures doivent rester exceptionnelles. Elles sont à discuter avec la personne quand cela est possible. Elles sont à justifier et doivent être nécessaires et proportionnées aux risques encourus. Elles ne sont envisagées qu'après l'échec de mesures alternatives et doivent faire l'objet d'une évaluation bénéfice/risque en équipe pluriprofessionnelle. La durée d'une telle mesure doit être précisée. Les mesures sont réévaluées au moins tous les six mois.

La vigilance des établissements doit être extrême sur ces questions et il est nécessaire d'engager :

- une formation ou sensibilisation sur les risques de ces pratiques, les pratiques alternatives et les mesures préventives des situations à risques ;
- une réflexion éthique et institutionnelle sur ce sujet au sein de l'établissement. Ce sujet peut être à l'ordre du jour des commissions d'éthique (5) ; le soutien des espaces régionaux et interrégionaux d'éthique⁹ réunis sous l'égide de la Conférence nationale des espaces de réflexion éthique régionaux (CNERER¹⁰) ou de tout autre institution dédiée à l'éthique peut aussi être appelé ;
- une information complète à donner aux personnes et aux proches aidants qui doivent être mobilisés dans le cadre de cette approche éthique partagée.

⁸ Article L.3222-5-1 du code de la santé publique

⁹ [Santé, Protection sociale, Solidarité - N° 8 du 15 septembre 2017 \(sante.gouv.fr\)](https://sante.gouv.fr)

¹⁰ [Conférence Nationale des Espaces de Réflexion Ethiques Régionaux \(cnerer.fr\)](https://cnerer.fr)

3.3. Établissement : identifier les risques liés à l'établissement et prévenir la maltraitance d'origine institutionnelle

La direction établit et formalise avec l'aide des référents bientraitance et des cadres **un diagnostic des risques, notamment au regard de la population accueillie et des secteurs en difficulté (tableau 5)**. La grille 3 (dans la [Fiche 3](#)) de repérage des risques de l'établissement détaille les éléments du tableau 5 (utilisation : gouvernance, direction d'établissement).

Tableau 5. Synthèse des facteurs de risques et signaux faibles d'alerte liés à l'établissement

Facteurs de risques liés à l'établissement	Signaux d'alerte liés à l'établissement
– Difficultés liées aux ressources humaines – Difficultés de respect des droits fondamentaux des personnes accueillies (aller et venir, droits de visite) – Absence d'instance de représentation des personnes – Difficultés dans l'engagement de l'établissement (projet d'établissement inadapté aux besoins de la population accueillie, pas de mention de l'axe bientraitance, etc.) – Pas de plan de formation (bientraitance/lutte contre la maltraitance, besoins spécifiques de la population accueillie) – Risque financier – Absence de mesures de qualité de vie au travail – Locaux non adaptés aux besoins spécifiques de la population accueillie	– Baisse de fréquentation – Nombre de plaintes et réclamations en hausse – Absence de remontées internes de signaux d'alerte, absence de déclarations externes – Négligence des droits fondamentaux des personnes accueillies – Non-transparence des informations – Insuffisance d'engagement de l'établissement – Silence de l'établissement, absence de réponse en cas de suspicion de maltraitance ou à la suite des plaintes et réclamations – Absence de personnes ressources (référents) – Management/encadrement (non-régulation des conflits, supervision non organisée, etc.) – Conditions matérielles et d'hébergement non conformes

Les risques relatifs aux ressources humaines comme **le sous-effectif, le turnover, l'instabilité de l'encadrement, la formation, le matériel, les protocoles d'accompagnement ou de soins font l'objet d'une vigilance** et sont tracés (critère 3.2-04 de la certification des établissements de santé (18)). Un plan d'actions correctives est mis en place si des risques sont identifiés.

Les mesures formalisées au sein du projet d'établissement et notamment sur l'effectivité du respect des droits fondamentaux de la personne témoignent de l'engagement de l'établissement dans la démarche.

Point de vigilance : la maltraitance institutionnelle (2)

La maltraitance institutionnelle peut trouver son origine notamment par :

- une politique institutionnelle inadaptée formalisée ou non, par exemple des pratiques professionnelles ou des aménagements internes restreignant les libertés des personnes accompagnées de manière excessive au regard de leurs droits fondamentaux, sans que leur état ne le justifie ;
- des pratiques managériales inadaptées ou défailtantes ;
- une organisation conduisant à des situations de sous-effectif ou de sous-qualification récurrentes ou pérennes ;
- une politique de formation insuffisante ou inadaptée ;
- des insuffisances organisationnelles ;
- une absence de régulation des violences ou négligences subies par les personnes en situation de vulnérabilité, malgré l'existence de signaux d'alerte ;

- une absence d'organisation d'un circuit d'alerte et de traitement connu des personnes en situation de vulnérabilité, de leurs proches et des intervenants, ou par une absence de respect des obligations de signalement aux autorités administratives et judiciaires ;
- des intimidations envers des familles ou des personnes accompagnées sous forme de menaces ou de représailles (exclusion, rétention abusive...) ;
- un cadre de vie inadapté, des insuffisances en matière d'hygiène, de santé et/ou de sécurité ;
- un déséquilibre flagrant entre l'importance accordée aux impératifs collectifs et institutionnels au détriment du respect des libertés individuelles et de l'effectivité de personnalisation de l'accompagnement.

Pour organiser le repérage des situations à risques, le rôle de l'encadrement et des référents bientraitance est central.

Les référents bientraitance coordonnent l'ensemble de la démarche et assurent la collecte des informations pour en faire une synthèse en incluant les plans d'actions engendrés (bilan annuel).

Idéalement, une supervision du repérage des risques par un professionnel extérieur à la structure (par exemple, un ou une psychologue) est recommandée afin d'assurer une objectivité des situations et des propositions.

4. Traiter les signaux de maltraitance

4.1. Personnes accueillies : leur rappeler leurs droits et leurs voies de recours

Les personnes accueillies et les proches aidants sont encouragés à signaler à l'équipe tout fait de maltraitance. Aucune réclamation ou plainte n'est banalisée. Un accompagnement et une protection de la personne sont prévus. Leurs droits, possibilités d'action et voies de recours, **mentionnés dans un support/livret d'information**, leur sont rappelés, de même que les numéros utiles à contacter :

- **coordonnées internes à l'établissement** : les contacts des représentants des usagers, de la CDU, du CVS, du médiateur en établissement de santé ([15](#)), les référents bientraitance ou usagers, l'assistante sociale ou la personne nommée par l'établissement, la procédure de réclamation et de plainte inscrite dans le livret d'accueil ;
- **coordonnées externes à l'établissement** : le numéro vert : 3977 (Fédération 3977 contre les maltraitements), la ligne Santé Info Droits (France Assos Santé)¹¹, la cellule ARS mentionnée à l'article L. 1432-1 du Code de la santé publique¹² et autres autorités de contrôle (ARS, CD, DREET), de la personne qualifiée en ESSMS, les coordonnées des ordres professionnels et du procureur de la République (en cas de délits ou de crimes), le dispositif de lanceur d'alerte (loi Sapin 2 du 21 mars 2022) ou autres associations, etc.

4.2. Professionnels : conduite à tenir et retour d'expérience

4.2.1. Conduite à tenir immédiate en cas de situation de maltraitance

Rappel juridique

Les **personnes soumises au secret professionnel peuvent signaler les faits constitutifs d'une maltraitance** en application de l'[article 226-14 du Code pénal](#) (dans ce cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret, l'[article 226-13](#) du code pénal relatif au secret professionnel n'est pas applicable).

L'article L. 119-2 du CASF créé par la loi n° 2024-317 du 8 avril 2024, prévoit que « **toute personne ayant connaissance de faits constitutifs d'une maltraitance, au sens de l'article L. 119-1, envers une personne majeure en situation de vulnérabilité du fait de son âge ou de son handicap, au sens de l'article L. 114, les signale à la cellule mentionnée à l'article L. 1432-1 du Code de la santé publique** ». Cette cellule ARS, prévue par la loi n° 2024-317 du 8 avril 2024, est chargée « du recueil, du suivi et du traitement des signalements de maltraitance envers les personnes majeures en situation de vulnérabilité du fait de leur âge ou de leur handicap, au sens de l'article L. 114 du Code de l'action sociale et des familles... ».

Par ailleurs, des **obligations de dénoncer ou d'agir concernent tous les citoyens**, et non spécifiquement les professionnels. En effet, **le fait de ne pas dénoncer certaines infractions peut être passible de peines d'emprisonnement et d'amende** ([article 223-6 du Code pénal](#) concernant un crime ou un délit contre l'intégrité corporelle de la personne ; [article 434-3 du Code pénal](#) concernant les privations, mauvais traitements ou agressions ou atteintes sexuelles infligés à un mineur ou à

¹¹ Santé Info Droits – France Assos Santé (france-assos-sante.org)

¹² mentionnée à l'article L. 1432-1 du Code de la santé publique (en cours de constitution).

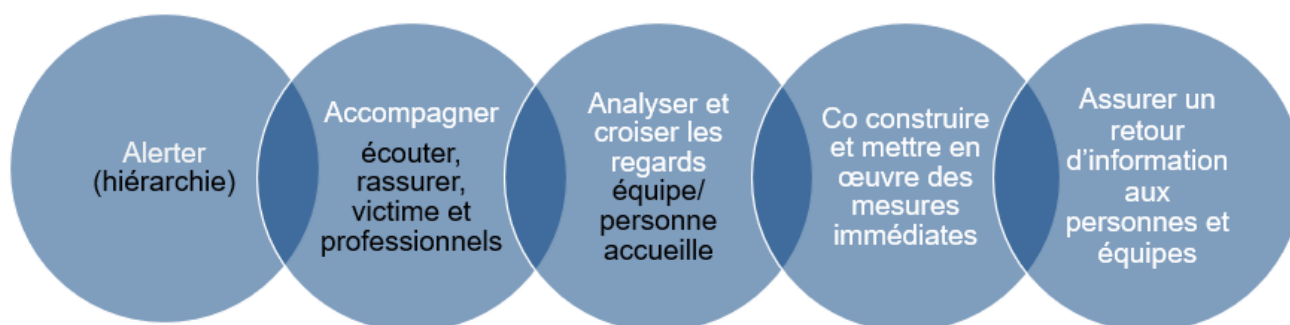
une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique ou d'un état de grossesse).

Conduite à tenir :

- les professionnels suivent la conduite à tenir formalisée au sein d'une **procédure interne de gestion des traitements des situations de maltraitance de l'établissement** comportant les circuits d'alerte (critères 3.2-06 et 3.2-05 de la certification des établissements). Cette procédure peut être adaptée à partir des procédures de gestion des risques des événements indésirables ou de signalement de dysfonctionnements en respectant les dispositions réglementaires en vigueur relatives à la maltraitance (loi 2024-317 du 8 avril 2024, art. 13) ;

- en cas de difficulté, toute personne, peut signaler une situation à titre individuel en appelant le numéro 3977 ou auprès de la cellule de l'ARS mentionnée à l'article L. 1432-1 du Code de la santé publique⁹ chargée du recueil, du suivi et du traitement des signalements de maltraitance envers les personnes majeures en situation de vulnérabilité du fait de leur âge ou de leur handicap. Toute personne ayant connaissance de faits de maltraitance les signale à cette cellule (Article L119-2 du CASF).

Schéma 5. Synthèse des étapes de la conduite à tenir face à une situation de maltraitance



L'équipe réduite pluriprofessionnelle impliquée est mobilisée pour le traitement immédiat de la situation qualifiée de maltraitance (référénts, professionnels, personne) et suit les étapes décrites dans la procédure prévue à cet effet.

1. ➔ Alerter la hiérarchie, les référents bientraitance et mise en sécurité de la personne (circuit interne)

Le professionnel ayant constaté une situation de maltraitance ou des signaux alerte sa hiérarchie et les référents puis réalise un signalement interne via les outils mis à sa disposition. Il est nécessaire de diversifier les sources d'informations relatives aux faits pour assurer une neutralité d'analyse.

La personne est mise en sécurité et est sollicitée pour le recueil de son récit, et pour obtenir son accord pour participer et analyser les faits. En cas de désaccord, une anonymisation est requise.

Des explications sur les faits sont à fournir aux personnes concernées (personnes, professionnels, aidants en accord avec la personne), quelle que soit la situation (débriefing à réaliser avec le cadre).

Le signalement de bonne foi doit être valorisé même si la situation se révèle non avérée. Il est important de ne pas démobiliser le personnel et d'avoir une politique interne permettant de lever toutes craintes de représailles, notamment pour celui ayant signalé la situation.

2. ➔ Accompagner la personne : écouter, dialoguer, rassurer

- Un accompagnement de la personne et des professionnels impliqués est mis en place. Si la personne n'est pas consciente d'avoir été maltraitée et si le professionnel n'est pas conscient d'avoir commis une maltraitance, une explication leur est fournie.

En cas de dommages concernant la personne, les bonnes pratiques d'annonce¹³ sont appliquées. En parallèle, les proches aidants sont informés et rassurés après accord de la personne.

- Pour l'équipe, il est recommandé de mettre en place des espaces de parole pour mettre des mots sur la situation, verbaliser, sentir le soutien de l'équipe et de l'encadrement. Les réunions de staff ou les moments de transmissions sont l'occasion d'échanger sur ces situations.

3. ➔ Analyser en équipe, croiser les regards

Les perceptions de la personne (récit de la personne accueillie) **sont croisées avec celles de l'équipe**. Il importe d'apprécier la situation de façon **systémique, avec un positionnement neutre**. Pour une meilleure compréhension de la situation, l'absence de jugement et une prise de recul sont nécessaires. En cas de tensions ou de divergences, le recours à un tiers (référénts bientraitance ou un éthicien, psychologue par exemple) peut permettre de désamorcer la situation. En cas de conflits avérés, une médiation (15) peut alors être organisée.

Quel que soit le niveau de gravité, un signalement interne est prévu.

Pour les cas graves ayant pour conséquence soit un décès, un pronostic vital engagé, soit une incapacité, la direction de l'établissement effectue une déclaration externe aux autorités de contrôle (chapitre 4.3, schéma 6).

Cas spécifique de la déclaration d'un évènement grave. En pratique, en cas de déclaration en externe aux autorités pour les cas graves au titre des EIGS, le **volet 1** est à remplir sans délai (28).

4. ➔ Coconstruire des mesures correctives immédiates

Les actions correctives immédiates sont coconstruites entre les professionnels et la personne dans la mesure du possible ou son proche aidant si elle donne son accord. Il importe d'apprécier le contexte et le cas échéant d'apprendre à reconnaître ses erreurs.

Ces actions et un suivi de celles-ci sont à mettre en place et formalisés dans un plan d'action transmis aux référents bientraitance pour assurer un suivi et une traçabilité.

Le service des ressources humaines, les instances professionnelles, la CSSCT, le CSE sont également informés.

5. ➔ Assurer un retour d'information systématique et immédiat

Un retour d'information est réalisé auprès :

- des équipes (démarche collective, les solutions trouvées qui en découlent, le suivi nécessaire pour assurer le maintien de l'implication des professionnels) ;

¹³ [Annonce dommage associé aux soins guide.pdf \(has-sante.fr\)](#)

- de la personne et de ses proches aidants : explications, recherche de résolution de conflits, recours à une médiation éventuelle (16), modalités de réparation du préjudice (direction : reconnaissance, courrier, excuse, dédommagement financier...).

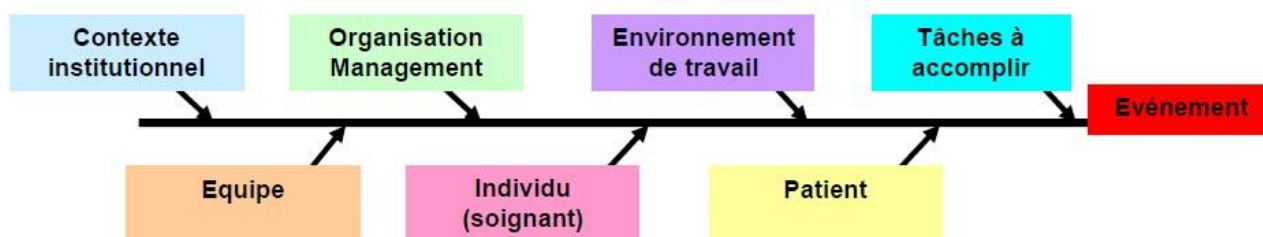
NB : un retour d'expérience doit être prévu ultérieurement avec les parties prenantes pour étudier les causes profondes, dans une logique préventive (paragraphe suivant 4.2.2).

4.2.2. Instaurer des retours d'expérience à distance de l'évènement

Une situation de maltraitance nécessite la conduite d'un retour d'expérience **à distance de l'évènement**. Il permet une prise de recul sur ses pratiques (27). Comprendre ce qui s'est passé ne signifie pas rechercher un coupable. Un examen approfondi de la situation peut révéler un caractère systémique du problème ou une responsabilité collective, voire institutionnelle. L'**objectif** est l'apprentissage par les erreurs passées et **la mise en place de mesures de prévention**.

La méthode ALARM utilisée dans le cadre de ce RETEX permet l'analyse des causes profondes. Elle tient compte du contexte institutionnel, de l'organisation/management, l'environnement de travail, les tâches à accomplir, l'équipe, le professionnel, la personne accueillie (cf. schéma 5). Les personnes ou les proches aidants, ou leurs représentants peuvent être associés à cette analyse des causes.

Schéma 5. Méthode ALARM (Association of Litigation And Risk Management, méthode d'analyse des causes profondes)



La méthode ALARM constitue un outil privilégié pour analyser les causes profondes des situations de maltraitance (outil spécifique proposé dans un guide (27)).

Il existe d'autres méthodes de RETEX. Si l'établissement utilise plus particulièrement une méthode, il n'est pas nécessaire d'en changer. Elles sont toutes fondées sur les mêmes principes d'analyse d'évènements associés aux soins (27) et s'adaptent à tous les secteurs. Les établissements de santé utilisent par exemple les RMM (revue de morbidité et de mortalité), CREX (comité de retour d'expérience), analyse des EIAS ou de cas (ces méthodes sont détaillées dans les annexes en fiche 1 du Guide d'analyse des évènements indésirables (27)).

Pour les autres signaux d'alerte dont les conséquences sont moindres, un RETEX est à conduire systématiquement au cours des réunions prévues à cet effet (ex. : réunions qualité ou gestion des risques, revue des difficultés/incidents, CDU, comité d'éthique, etc.).

Étape 1 du RETEX : mobilisation d'une instance spécifique pilotée par les référents bientraitance

Il est possible de **s'appuyer sur une instance déjà en place** (comité d'éthique s'il existe, comité qualité gestion des risques, autres) et de l'élargir aux différentes parties prenantes. Si ce n'est pas le

cas, une instance spécifique intégrant la réflexion éthique (29) est à créer. Les commissions représentatives des personnes seront associées aux RETEX.

Cette instance est organisée et pilotée par le référent bientraitance (sans lien hiérarchique avec l'équipe impliquée). Elle intègre le responsable qualité et gestion des risques, un représentant de la direction, un cadre, les professionnels désignés impliqués, des représentants des usagers/personnes accompagnées (CDU/CVS/Personne Qualifiée). La participation de la personne concernée par la situation analysée et/ou son aidant/famille est à encourager. Elle donne son accord pour l'étude de son cas. En cas de refus ou d'impossibilité, une anonymisation de la situation est requise.

Le comité/l'espace éthique (5) collaborant avec l'établissement est systématiquement associé à cette réflexion.

Les membres présents sont sensibilisés au préalable au RETEX par les référents bientraitance, pour assurer une réunion constructive (sans recherche de coupable). Ils s'assurent, en amont de la réunion, de la compréhension de la démarche par tous. Les enjeux de prévention sont rappelés. Pour l'animation des réunions, les référents peuvent s'appuyer sur les principes proposés dans un guide prévu pour les animateurs de réunion (6).

Les référents sont les garants de la méthode et de la neutralité de la démarche.

Étape 2 du RETEX : analyse systémique et collégiale des situations, avec le récit des personnes accueillies

Cette analyse permettra d'en comprendre les mécanismes de survenue. Les différentes étapes du RETEX sont décrites dans les outils existants (27). Les quatre temps de l'analyse sont :

1. Reconstitution de la chronologie de l'évènement, description des faits ;
2. Recherche des causes de l'évènement ;
3. Analyse des barrières de sécurité ;
4. Plan d'action et suivi.

Un document prêt à l'emploi (30) permet l'analyse de ces événements en utilisant la méthode ALARM. Il peut être utilisé pour établir un compte-rendu d'analyse systémique synthétique et opérationnel, mais n'a pas vocation à être archivé ni dans le dossier de la personne, ni dans un quelconque service administratif ou clinique de l'établissement.

Il est important de croiser les perceptions entre la personne/l'entourage/l'équipe professionnelle (travail sur les représentations des personnes) et de globaliser l'analyse, pour dégager des pistes d'amélioration et des mesures de prévention. Les outils n° 6 : Exemple de grille d'entretien avec le patient et outil n° 7 : Information du patient du Guide d'analyse des événements indésirables (27) peuvent être utilisés pour informer et questionner la personne accueillie. Après la description des **faits**, **une analyse des causes profondes** est réalisée selon la méthode ALARM. Ce retour d'expérience doit **être éducatif** afin de rappeler les bonnes pratiques de bientraitance.

Ces réunions sont aussi l'occasion **de faire un bilan du déploiement de la bientraitance** (exemple à l'aide de l'outil « Regards croisés » (7) du point de vue des gestionnaires, des professionnels et des personnes accompagnées (cf. annexe 2 : récapitulatif des actions). Elles permettent aussi de **réactualiser les connaissances sur l'application de la procédure de traitement des signalements et de faire le point sur les facteurs de risques et signaux faibles** permettant le repérage des situations.

Idéalement, une supervision des situations par un professionnel extérieur à la structure (par exemple, un(e) psychologue) permet d'assurer une objectivité des situations et des propositions.

Les établissements peuvent demander un accompagnement par une structure régionale d'appui.

Appui des structures régionales d'appui (SRA) pour accompagner les établissements

Les établissements sanitaires, médico-sociaux peuvent avoir recours, en cas de besoin d'accompagnement pour l'analyse de telles situations, aux structures d'appui régionales (SRA). Pour identifier la SRA de sa région, l'établissement peut consulter le site de la Fédération des organismes régionaux ou territoriaux ([FORAP](#)). Les SRA sont missionnées et financées par les ARS.

Il convient d'assurer une traçabilité des RETEX réalisés (ordres du jour précisant l'abord de ces points, compte-rendu anonymisé, mesures préventives prises, échéances).

Étape 3 du RETEX : retour d'information, communication et suivi des actions

Ce retour d'information aux professionnels est primordial pour maintenir la mobilisation des équipes. Les instances professionnelles (CSE, CSSCT), le CVS/la CDU sont informés également, de même que la personne et ses proches aidants (en accord avec la personne).

Il importe d'assurer une **visibilité régulière des RETEX** afin de maintenir l'engagement et le soutien de la direction. Une communication sur les éléments positifs mis en place pour la personne et pour les professionnels concernés est essentielle (ex. : les barrières, les mesures de prévention).

Un **bilan annuel d'activité des RETEX** permet de centraliser les plans d'actions et leur suivi. Il sera communiqué lors du rendez-vous annuel organisé sur le sujet. Ce dernier peut être l'occasion d'illustrer certains RETEX (sous forme, par exemple, de mises en situation impliquant les personnes accueillies et associations).

4.2.3. Illustrations de retours d'expérience

Dans son rapport d'analyse des EIGS, la HAS a fait une analyse à l'échelon national des retours d'expérience en lien avec des situations qualifiées de maltraitance ([19](#)).

Un exemple de retour d'expérience d'analyse de situation de maltraitance est proposé par la FORAP (cf. annexe 1).

4.3. Établissement : intégrer les signalements au dispositif de gestion d'évènement indésirable (gestion des risques)

Une situation de maltraitance est généralement qualifiée d'évènement indésirable lorsqu'elle est associée aux soins et aux actes d'accompagnement ([2](#)).

La gestion de ces situations, ayant un impact sur la qualité de l'accueil et le fonctionnement de l'établissement, suit alors les mêmes démarches de gestion des risques et de déclaration des évènements ([3](#)) ([18](#)). Le signalement peut être à l'initiative de la personne accueillie, des proches aidants, du professionnel exerçant ou intervenant dans l'établissement.

Tout établissement doit avoir une procédure de gestion des traitements des situations de maltraitance, quelle que soit l'origine du signalement. **L'établissement s'assure de sa bonne connaissance auprès du personnel et en particulier les circuits d'alerte.**

Cette procédure comprend au minimum les circuits d'alerte, les modalités de traitement immédiat selon l'origine du signalement, l'accompagnement des personnes impliquées, le traitement à adopter en fonction du niveau de gravité, la méthode de RETEX pour faire un plan d'action et de suivi, les modalités d'information du personnel, des représentants des usagers et CVS. Le besoin en supervision et en formation est à interroger également.

Les situations de maltraitance peuvent être de gravités différentes, intentionnelles ou non (cf. schéma 6). Elles font toutes l'objet d'un signalement interne afin d'en analyser les causes et d'en prévoir la traçabilité. Une base de données (BDD) est créée à cet effet. En établissement de santé, un codage des situations de maltraitance au sein du PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information) ou du RIMP (recueil d'information médicalisée pour la psychiatrie) est réalisé.

Deux situations sont alors à distinguer :

- **les signaux d'alerte ou presque accidents non obligatoirement déclarés aux autorités de contrôle** mais devant faire l'objet d'un signalement interne et d'un traitement immédiat comprenant des mesures correctives (situations plus fréquentes) ;
- **les situations de maltraitance** avérées dont les conséquences sont importantes ou graves **devant être déclarées en externe** aux autorités compétentes conformément aux textes réglementaires en vigueur.

Schéma. 6 Récapitulatif de la conduite à tenir selon le niveau de gravité de la situation

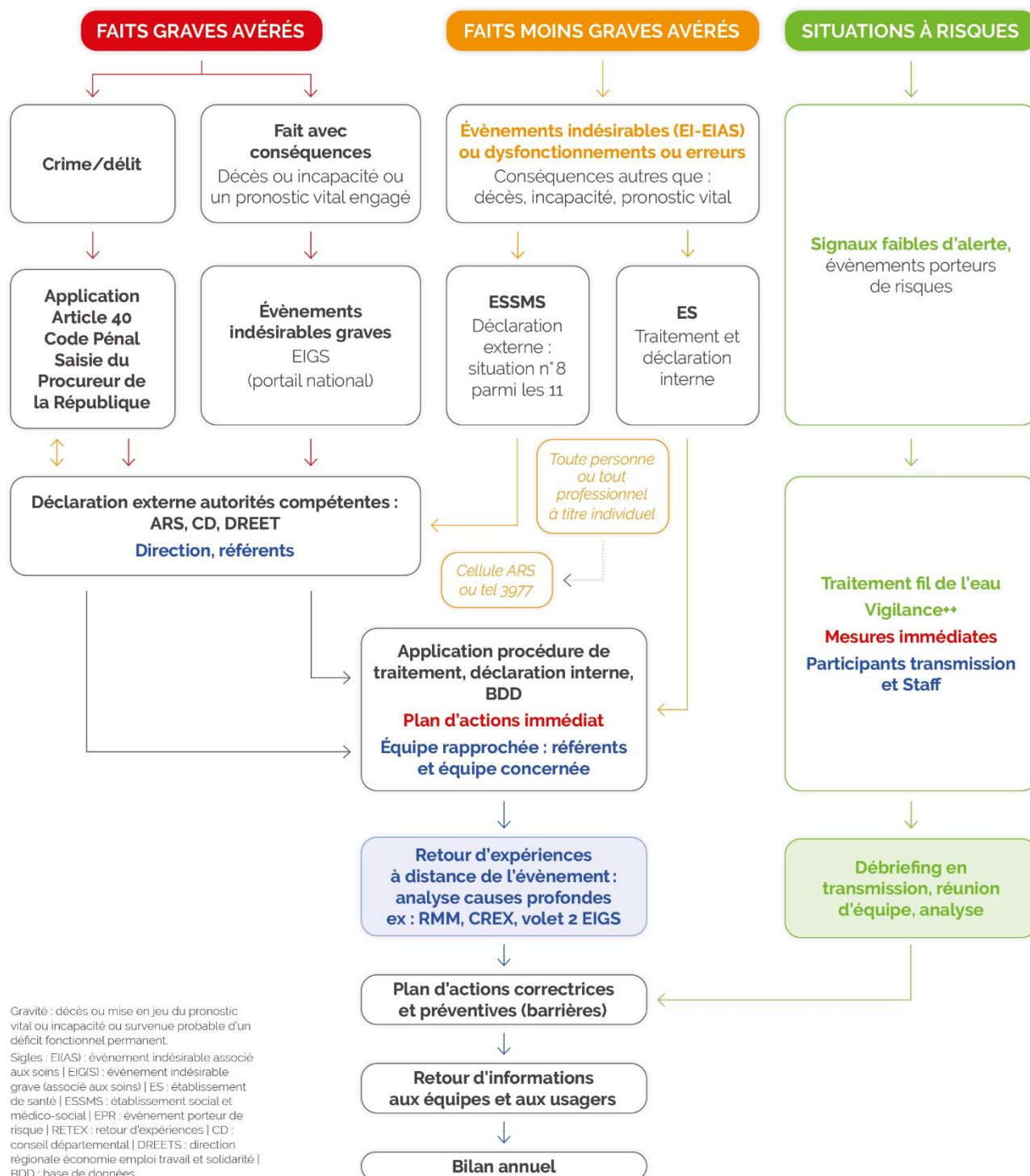


Table des annexes

Annexe 1.	Exemple de retour d'expérience réalisé par la FORAP	34
Annexe 2.	Récapitulatif des actions à réaliser (auto-diagnostic)	35

Annexe 1. Exemple de retour d'expérience : analyse approfondie d'une situation de maltraitance – FORAP

Réalisé par la **FORAP**

Transfert avec releveur mobile sans consentement

Fiche RETEX élaborée à partir de l'analyse réalisée par les acteurs impliqués dans l'évènement, mise à disposition dans une visée pédagogique, ne se substituant pas aux publications et recommandations en vigueur.

Ce que l'on retient

Le choix de mettre en place un matériel d'aide au lever dans une visée de prévention des troubles musculo squelettique pour les professionnels au sein d'une structure de santé doit s'accompagner d'une réflexion bénéfice/risque pour la personne accompagnée.

Au-delà des conséquences physiques, les événements indésirables associés aux soins peuvent mettre en exergue des pratiques déviantes pouvant être qualifiées de maltraitance. Seule une analyse systémique questionnant l'ensemble du système de fonctionnement de l'organisation permet d'aboutir à un plan d'action sécurisant les pratiques de soins et d'accompagnement en faveur de la sécurité et du respect de la personne.

De quoi s'agit-il ?

Plaies profondes aux membres inférieurs occasionnées par l'utilisation d'un dispositif médical de type lève-malade, pour le transfert d'une résidente âgée, dépendante, hébergée en EHPAD sans prise en compte des craintes de la personne accompagnée.

Impact

Douleur, perte majorée de l'autonomie

Stress à l'accompagnement, perte de confiance de la personne accompagnée

Sentiment d'insécurité pour la personne accompagnée et ses proches

ANALYSE SYSTÉMIQUE

Points clés de la chronologie des faits

Janvier : Mme X. présente une augmentation récente des troubles cognitifs et une perte d'appuis. Les professionnels intervenant auprès d'elle utilisent un « releveur mobile » pour aider à son transfert au fauteuil ou en vue de la réalisation de sa toilette.

J-15 : Lors d'un transfert avec le releveur mobile, Mme X se blesse aux deux tibias. Un IDE, en remplacement dans le service, prescrit alors la mise en place d'un pansement une fois par jour jusqu'à guérison. La personne accompagnée n'est pas algique. Elle émet des craintes à l'utilisation du matériel. La prescription est tracée dans le dossier sans mention des conditions de survenue des plaies.

J-16 : Lorsque l'AS tente de mobiliser Mme X, celle-ci s'agite et se plaint de douleurs aux jambes. Le lever est difficile. L'utilisation du releveur mobile est décidée afin de permettre cette mobilisation. Mme X. renouvelle ses craintes lors de l'utilisation de ce matériel. La douleur est traitée par du paracétamol 1g, 3 fois par jour (il s'agit de son traitement habituel).

J-19 : L'IDE titulaire, en poste, indique dans le dossier de la personne accompagnée la nécessité de revoir l'utilisation du releveur mobile lors de la mobilisation de Mme X. Elle précise que le matériel peut être utilisé si Mme X. n'est pas opposante et indique les précautions à prendre quant au positionnement des jambes.

J-20 : **Mme X. nécessite une nouvelle mobilisation. Elle émet de nouveau des craintes lors de l'utilisation du releveur mobile. L'AS utilise le matériel** : blessure à type de plaie profonde occasionnée par l'utilisation du releveur mobile, stress à l'accompagnement : agitation, tremblements, expression de refus, nuit très agitée.

Causes immédiates identifiées

Absence de prescription médicale d'utilisation du releveur mobile.

Absence de prise en compte des attentes de la personne accompagnée

Défaut de réévaluation de l'utilisation du releveur mobile.

Identification des causes profondes

Catégorie de causes	Facteurs contributifs identifiés
Personne accompagnée	Personne âgée, dépendante, présentant des troubles cognitifs importants. Proches très impliqués dans l'accompagnement de la résidente. Personne exprimant des craintes itératives quant à l'utilisation du releveur mobile pour ses mobilisations.
Individu (Professionnel)	IDE remplaçant (méconnaissance de l'établissement) Défaut de formation des AS à l'utilisation des releveurs mobiles
Équipe	Défaut de prise en compte des transmissions (logiciel) Absence de médecin coordonnateur Absence d'ergothérapeute Absence de transmission pluri-professionnelle
Tâches à accomplir	Absence de protocole d'utilisation des releveurs mobiles Défaut d'harmonisation des pratiques Bénéfices « détournés » de l'utilisation des releveurs mobiles en faveur des risques professionnels
Environnement de travail	Période de déménagement – restructuration Changement du logiciel de soins
Organisation Management	Absence de dispositif d'accueil des nouveaux arrivants Multiplicité des changements d'organisation Absence d'analyse des pratiques Défaut de formation / sensibilisation sur la promotion de la bientraitance et lutte contre les maltraitances.
Contexte institutionnel	Difficultés de recrutements de médecin coordonnateur et de temps d'ergothérapeute Travail conséquent sur les risques professionnels (TMS) Absence de plan de prévention de la maltraitance Conseil de la vie Sociale non réuni à périodicité attendue

Barrières de sécurité mises en oeuvre par l'équipe pour la gestion de l'évènement

Barrières	Actions
Récupération	/
Atténuation	Soins réguliers de pansements sur les plaies Intervention du psychologue auprès de la personne accompagnée Médiation avec les proches

Perception du caractère évitable par les professionnels

Évitable

Plan d'action (actions de réduction du risque/barrières de sécurité)

Rédaction d'un protocole d'utilisation des releveurs mobiles (prescription, utilisation, réévaluation)	Prévention	Récupération	Atténuation
Mise en place d'une procédure d'accueil des nouveaux arrivants	Prévention	Récupération	Atténuation
Mutualisation d'un poste d'ergothérapeute sur le territoire	Prévention	Récupération	Atténuation
Structuration du plan de lutte contre les maltraitances (cartographie des risques, sensibilisation, installation d'un groupe bientraitance)	Prévention	Récupération	Atténuation
Organisation de transmissions pluri-professionnelles	Prévention	Récupération	Atténuation
Instauration de séances d'analyse de pratiques avec l'appui d'un comité éthique	Prévention	Récupération	Atténuation
Formation à l'utilisation des releveurs mobiles	Prévention	Récupération	Atténuation

Annexe 2. Récapitulatif des actions à réaliser (auto-diagnostic)

Récapitulatif des actions à réaliser (auto diagnostic)

Date de l'auto-diagnostic :

Professionnels ayant conduit ce diagnostic

Cet auto diagnostic peut être réalisé à l'occasion d'un changement de direction ou de personnel, ou à intervalle régulier pour identifier les avancées des actions.

	Oui	En cours	Non
ÉQUIPE DE DIRECTION/GOVERNANCE			
• Formaliser l'axe bientraitance/maltraitance au sein du projet d'établissement/projet associatif, porter réellement le sujet (décret n° 2024-166 du 29 février 2024 des ESSMS)	☐	☐	☐
• Se former et prévoir un plan de formation pour l'ensemble du personnel (bientraitance/prévention maltraitance en lien avec les spécificités de la population accueillie, sciences humaines, empathie, etc.)	☐	☐	☐
• Faire connaître les droits des usagers (ex : mention dans livret d'accueil et affichage, diversification des supports, garantir les droits de visites et d'allers et venir effectifs, proches aidants, remise d'un document récapitulatif)	☐	☐	☐
• Alerter/déclarer auprès des tutelles les situations de maltraitance (déclaration = engagement dans une démarche qualité)	☐	☐	☐
• Organiser les relations avec les représentants des usagers pour leur participation dans la vie de l'établissement et les RETEX	☐	☐	☐
• Identifier et gérer les risques de maltraitance et organiser des retours d'expériences	☐	☐	☐
• Mettre en œuvre une communication régulière sur ce sujet pour maintenir une dynamique (sujets : RETEX, actions réalisées, organisation d'un évènement de communication annuel, etc.)	☐	☐	☐
SERVICE DES RESSOURCES HUMAINES			
• Se former, planifier et mettre en œuvre la gestion des compétences et de recrutement	☐	☐	☐
• Repérer les risques de RPS, d'usure professionnelle, de <i>burn out</i> , et établir un plan de prévention et de QVT	☐	☐	☐
• Assurer un personnel en nombre suffisant	☐	☐	☐
• Solliciter et informer des instances professionnelles (CSSCT, CSE, autres instances selon secteur) pour la prévention des RPS et des situations de maltraitance	☐	☐	☐
• Les impliquer dans la recherche de solutions	☐	☐	☐

	Oui	En cours	Non
MANAGEMENT/ENCADREMENT			
• Se former, repérer et sensibiliser régulièrement les équipes aux risques et signaux faibles relatifs à la personne accompagnée et aux professionnels (RPS, <i>burn out</i> , santé fragilisée, temps de repos, répartition des tâches)	☐	☐	☐
• Repérer les risques relatifs à l'organisation de travail et les traiter ; anticiper les moments sensibles (congrès, accueil, etc.)	☐	☐	☐
• Valoriser les bonnes pratiques, le repérage et les mesures de prévention ; assurer le retour d'information aux équipes	☐	☐	☐
• S'assurer de la bonne connaissance et de l'application des procédures, et sensibiliser les équipes aux signaux d'alerte	☐	☐	☐
• Favoriser les espaces de paroles des professionnels et des usagers et les démarches participatives	☐	☐	☐
• Participer et veiller à la réalisation des 4 séances de RETEX	☐	☐	☐
• S'assurer de la bonne connaissance des droits des usagers dans les services et prendre les mesures nécessaires	☐	☐	☐
PROFESSIONNELS PRENANT EN CHARGE LA PERSONNE			
• Se former, et personnaliser les accompagnements (besoins et attentes spécifiques de la personne recueillis et actualisés)	☐	☐	☐
• Repérer des signaux faibles de la personne accompagnée mais également des collègues en difficultés	☐	☐	☐
• Alerter en cas de situation, échanger entre professionnels en cas de doute	☐	☐	☐
• Formaliser, coconstruire avec la personne, et actualiser régulièrement le projet personnalisé (d'accompagnement, de soins, de vie, etc.)	☐	☐	☐
• Recourir au questionnement éthique en cas de difficultés, prise de recul des pratiques en sollicitant l'espace/comité d'éthique en cas de besoins	☐	☐	☐
RÉFÉRENTS			
• Se former et se faire connaître auprès du personnel et des personnes accompagnées pour répondre à leurs besoins et interrogations	☐	☐	☐
• Organiser, animer les RETEX, l'instance spécifique, s'assurer de l'application des procédures	☐	☐	☐
• Être en soutien auprès des équipes	☐	☐	☐
• Former et sensibiliser en interne	☐	☐	☐
• Recourir à la médiation en cas de conflits	☐	☐	☐
• Réaliser un bilan annuel des situations, des signaux faibles et des mesures prises de prévention	☐	☐	☐
REPRÉSENTANTS DES USAGERS			
• Se former	☐	☐	☐
• Participer aux réunions de concertation et aux RETEX	☐	☐	☐
• Rappeler aux personnes/professionnels le droit des usagers et s'assurer de leur application	☐	☐	☐
• Donner un avis	☐	☐	☐
• Alerter	☐	☐	☐
• Participation au projet d'établissement et aux différentes instances	☐	☐	☐

COMMENTAIRES

Références bibliographiques

1. Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie, Berhuet S, Hoibian S, Forcadell E, Albérola E. La perception de la maltraitance par les français. Enquête "Conditions de vie et aspirations". Paris: Crédoc; 2022.
<https://www.credoc.fr/download/pdf/Sou/Sou2023-4872.pdf>
2. Commission nationale de lutte contre la maltraitance et de promotion de la bientraitance. Démarche nationale de consensus pour un vocabulaire partagé de la maltraitance des personnes en situation de vulnérabilité. Paris: Commission nationale de lutte contre la maltraitance et de promotion de la bientraitance; 2021.
https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/vocabulaire_partage_de_la_ma_ltraitance_des_personnes_en_situation_de_vulnerabilite_-_mars_2021-2.pdf
3. Haute Autorité de santé. Référentiel d'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2022.
https://www.has-sante.fr/jcms/p_3322901/fr/referentiel-d-evaluation-de-la-qualite-essms
4. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Favoriser la bientraitance envers toutes personnes âgées, dans tous les milieux et tous les contextes. Cadre de référence. Québec: Direction des communications; 2023.
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-830-42W.pdf>
5. Ministère du travail de la santé et des solidarités. Qu'est-ce qu'un espace de réflexion éthique régional (ERER) ? [En ligne]. Paris 2023.
<https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/ethique-et-deontologie/article/espace-de-reflexion-ethique-erer>
6. Haute Autorité de santé, Fédération des organismes régionaux et territoriaux pour l'amélioration des pratiques et organisations en santé, Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Nouvelle-Aquitaine, Groupement de coopération sanitaire coordination pour l'amélioration des pratiques professionnelles en santé en Bretagne, Qualirel santé, Qualva. Promouvoir la bientraitance et lutter contre la maltraitance. Des vidéos pour questionner les pratiques. Analyse de scénarios et de témoignages. Guide de l'animateur. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2021.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-12/guide_promouvoir_la_bientraitance_et_lutter_contre_la_maltraitance_forap_has.pdf
Les vidéos associées au guide : Maltraitance: des témoignages pour questionner les pratiques (forap.fr).
7. Structure régionale d'appui d'Occitanie. La SRA Occitanie déploie une campagne régionale " Regards croisés sur la Bientraitance " [En ligne]. Toulouse: SRA; 2024.
<https://www.sra-occitanie.fr/actualites/campagne-regionale-regards-croises-sur-la-bientraitance>
8. Terrien N, Anthoine E, Moret L. Développement et validation d'une échelle d'auto-évaluation des pratiques de bientraitance des patients ou des résidents par les professionnels de santé. Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil 2012;10(4):403-11.
<https://dx.doi.org/10.1684/pnv.2012.0378>
9. Collège national des gynécologues et obstétriciens français, Collège des enseignants de gynécologie obstétrique, Fédération nationale des collèges de gynécologie médicale, Société française de gynécologie, Collège national des enseignants de gynécologie médicale, Société de chirurgie gynécologique et pelvienne. Charte de la consultation en gynécologie ou en obstétrique. Paris: CNGOF; 2021.
<https://www.maternys.com/fichiers/Charte-de-la-consultation-en-gynecologie-ou-en-obstetrique.pdf>
10. Ministère de l'emploi du travail et de la cohésion sociale, Ministère de la santé et de la protection sociale, Ministère de la famille et de l'enfance. Charte des droits et libertés de la personne accueillie. Paris: Direction générale de l'action sociale; 2004.
<https://solidarites.gouv.fr/sites/solidarite/files/2023-01/Charte-des-droits-et-libertes-des-personnes-accueillies-en-etablissements.pdf>
11. Ministère de la santé et des solidarités. Charte de la personnalité hospitalisée. Usagers vos droits. Paris: Ministère de la santé et des solidarités; 2006.
https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_a4_couleur.pdf
12. Haute Autorité de santé. IQSS - e-Satis : mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients hospitalisés [En ligne]. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2024.
<https://www.has-sante.fr/~:text=e-Satis%20est%20le%20dispositif,la%20Haute%20Autorit%C3%A9%20de%20sant%C3%A9>
13. Haute Autorité de santé. Recueil du point de vue des personnes hébergées ou accueillies en EHPAD. Programme pluriannuel - Soutenir les établissements et services sociaux et médico sociaux dans le recueil du point de vue des personnes qu'ils accompagnent. Guide méthodologique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2028.
14. SantéBD. Maltraitance – 1. Comprendre et arrêter la maltraitance [En ligne]. Paris: Coactis Santé; 2020.
<https://santebd.org/les-fiches-santebd/prevention-sante/maltraitance-1-comprendre-et-arreter-la-maltraitance>
15. Ministère de la santé et de la prévention. Les médiateurs [En ligne]. Paris: ARS; 2021.
<https://www.mediation-sante-social.ars.sante.fr/les-mediateurs-0>
16. Agence régionale de santé Ile de France. La médiation médicale en établissements de santé. Saint-Denis La Plaine: ARS; 2019.
https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2019-02/Guide_mediation_2019.pdf
17. Ministère des solidarités de l'autonomie et des personnes handicapées. Promouvoir la bientraitance pour prévenir la maltraitance : kit de formation en ligne [En ligne]. Paris: Ministère des solidarités de l'autonomie et des personnes handicapées; 2023.
<https://solidarites.gouv.fr/promouvoir-la-bientraitance-pour-prevenir-la-maltraitance-kit-de-formation-en-ligne>
18. Haute Autorité de santé. Certification des établissements de santé pour la qualité des soins. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2022.

19. Haute Autorité de santé. Les événements indésirables graves associés à des soins (EIGS) – 2022. Retour d'expérience national. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2023. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-11/retour_experience_national_eigs_2022.pdf

20. Direction de l'information légale et administrative. Libertés et droits fondamentaux : de quoi s'agit-il ? [En ligne]. Paris: République française; 2022. <https://www.vie-publique.fr/fiches/23865-libertes-et-droits-fondamentaux-de-quoi-sagit-il>

21. Haute Autorité de santé, Fédération des organismes régionaux et territoriaux pour l'amélioration des pratiques et organisations en santé. Mieux comprendre pour agir plus efficacement. Culture de sécurité. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2019. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-06/la_culture_de_securite.pdf

22. Réseau régional de vigilances et d'appui de la Nouvelle-Aquitaine, Agence régionale de santé Nouvelle-Aquitaine. Aide à l'élaboration d'une charte de confiance pour inciter les professionnels à signaler et analyser les événements indésirables en santé. Bordeaux: RREVA NA; 2019. https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2019-06/Aide_Elaboration_Charte_Confiance_NA_06_2019.pdf

23. Haute Autorité de santé. Accompagnement médico-psycho-social des femmes, des parents et de leur enfant, en situation de vulnérabilité, pendant la grossesse et en postnatal [En ligne]. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2024. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3271226/fr/accompagnement-medico-psycho-social-des-femmes-des-parents-et-de-leur-enfant-en-situation-de-vulnerabilite-pendant-la-grossesse-et-en-postnatal

24. Haute Autorité de santé. Isolement et contention en psychiatrie générale. Méthode Recommandations pour la pratique clinique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2017. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-03/isolement_et_contention_en_psychiatrie_generale_-_recommandations_2017-03-13_10-13-59_378.pdf

25. Jacus JP, Brunet-Jarrige MC, Cuervo-Lombard CV. Contention en gériatrie : le retard de la France. L'Encephale 2023. <https://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2023.08.010>

26. Nations unies. Convention relative aux droits des personnes handicapées Geneva: Haut commissariat des droits de l'homme; 2007. <https://www.ohchr.org/fr/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-persons-disabilities>

27. Haute Autorité de Santé, Fédération des organismes régionaux et territoriaux pour l'amélioration des pratiques et organisations en santé. L'analyse des événements indésirables associés aux soins (EIAS). Mode d'emploi. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2021. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3288240/fr/l-analyse-des-evenements-indesirables-associes-aux-soins-eias-guide

28. Haute Autorité de santé. Modèle de déclaration d'un événement indésirable grave associé à des soins. Volet 1 : déclaration. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2017. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-07/dir152/2017_07_25_has_volet_1_declaration_eigs.pdf

29. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Le questionnaire éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux : recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Saint-Denis: Anesm; 2010. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2835446/fr/reco-ethique-anesm

30. Haute Autorité de santé, Fédération des organismes régionaux et territoriaux pour l'amélioration des pratiques en santé. Aide à l'analyse des événements indésirables associés aux soins (EIAS) en établissements sanitaires et médico-sociaux. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2022. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-06/eias_aide_analyse_esms_2022-06-21_16-23-45_666.pdf

Participants

Les organismes professionnels et associations de patients et d'usagers suivants ont été sollicités pour proposer des experts conviés à titre individuel dans le groupe de travail/lecture.

- Agence régionale de santé Île-de-France (ARS IDF)
- AIRe (Association des ITEP et de leurs réseaux)
- Association nationale des conseils départementaux : en charge de l'autorisation et du contrôle des services d'aide à domicile, des résidences-autonomie (ex-logements-foyers) et des EHPAD (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes), fixe les tarifs des prestations des établissements et services habilités
- Association nationale des directeurs et cadres d'ESAT (ANDICAT)
- Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)
- Collectif interassociatif autour de la naissance (CIANE)
- Collège de la masso-kinésithérapie (CMK)
- Collège de médecine générale (CMG)
- Conférence des présidents de CME-ESPIC
- Conseil national professionnel infirmier (CNPI)
- Délégation interministérielle pour l'hébergement et l'accès au logement (DIHAL)
- Fédération 3977 contre les maltraitances
- Fédération de l'hospitalisation privée (FHP)
- Fédération des acteurs de la solidarité (FAS)
- Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs (FEHAP)
- Fédération des organismes régionaux et territoriaux pour l'amélioration des pratiques et organisations en santé (FORAP)
- Fédération des spécialités médicales (FSM)
- Fédération hospitalière de France (FHF)
- Fédération nationale des associations de directeurs d'établissements et services pour personnes âgées (FNADEPA)
- Fédération nationale des centres régionaux d'études, d'actions et d'informations, en faveur des personnes en situation de vulnérabilité (ANCREAI)
- Fédération Sésame Autisme
- France Alzheimer
- France Assos Santé
- Les Petits Frères des pauvres
- Nexem (organisation professionnelle représentant les employeurs du secteur social, médico-social et sanitaire privé à but non lucratif)
- Société française de gériatrie et de gérontologie (SFGG)
- Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM)
- Union nationale des associations familiales (UNAF)

Groupe de travail

Le groupe de travail comprenait vingt-cinq membres.

Sept réunions de ce groupe de travail ont permis de réaliser ce guide.

Mme Laurence Chazalette, cheffe de projet, (UDCAP/SBP/DAQSS), HAS, Saint-Denis

Dr Marie-José Moquet, Responsable de l'UDCAP (SBP/DAQSS), HAS Saint-Denis

M. Jonathan Baret, qualicien, agence régionale de santé du Centre-Val de Loire, Orléans

Mme Françoise Bastier*, usagère des systèmes de soins, sociaux ou médico sociaux, Gourville

Mme Agnès Brousse, Coordinatrice du Pôle Bientraitance droit des personnes vulnérables, Paris

Mme Axelle Carton, ingénieur qualité et gestion des risques, Toulouse

Mme Lucienne Claustres-Bonnet, infirmière libérale et formatrice, L'Isle-sur-la-Sorgue

M. Didier Duplan, membre d'un CVS, usager des systèmes de soins, sociaux ou médico sociaux, Nanterre

Mme Christine Foret, aide-soignante en EHPAD, Dampierre

Mme Martine Frager-Berlet, usagère des systèmes de soins, sociaux ou médico sociaux, Paris

Mme Sabine Giordano, directrice générale associée d'établissement sanitaire, Bouc-Bel-Air

Dr Monique Girard-Hadjadj, médecin coordonnateur en EHPAD, Le Pontet

Dr Sylvie Gonin, médecin référent autonomie, Guyancourt

Dr Alain Jacob, médiateur, Saint-Denis

M. Pascal Leclerc, directeur d'établissement, pôle hébergement et vie sociale, Vire

Mme Élodie Lounassi, directrice des soins en EHPAD, Cormeilles-en-Parisis

*expert ne souhaitant pas endosser ce guide.

Mme Marion Lucas, chargée de mission qualité, Nantes

Mme Marie-Noëlle Maillard, directrice adjointe, pôle social et éducatif, Paris

Mme Aurore Mambriani, kinésithérapeute libérale, Langres

Dr Philippe Marissal, médecin généraliste, Artemare

Mme Murielle Martinez, aide-soignante EHPAD, Vouneuil-sous-Biard

Dr Sophie Moulias, gériatre hospitalière et éthicienne, Boulogne-Billancourt

Mme Danièle Nahoum-Sokolowski, psychologue, accueil de jour et plateforme d'accompagnement et de répit, usagers des systèmes de soins, sociaux ou médico sociaux, Le Pontet

M. Daniel Quagliaroli, membre de CVS en EHPAD, vice-président association inter-CVS, Essonne

M. Laurent Robin, notaire honoraire, représentant associatif, Biarritz

M. Jérémie Ropion, éducateur spécialisé CHRS, Toulouse

Mme Olivia Tissier, coordinatrice sociale centre d'hébergement d'urgence, Toulouse

M. Christian Zobrist, usager des systèmes de soins, sociaux ou médico sociaux, Montbéliard

Experts auditionnés

Mme Anne Battut (ARS IDF), Mme Nelly Boussyguine (ARS IDF), Mme Alice Casagrande (CIVIISE), Mme Sylvie Johannidis (ARS IDF), Mme Valérie Jovelin-Peigne (ARS IDF), M. Sylvain Denis (Haut Conseil de la Famille, de l'enfance et de l'âge), Dr Isabelle Nicoulet (ARS IDF), M. Renaud Miguet-Andrei (ARS IDF), Mme Alison Passieux (Usager du système de santé), M. Denis Piveteau (Conseiller d'état), M. Loïc Ricour (Défenseur des droits), Mme Noémie Terrien (FORAP), M. Jean -Luc Termignon (ARS IDF)

Groupe de lecture

Mme Magali Assor, cheffe de projet, réflexion éthique, lutte contre les maltraitances, au sein d'une association, Paris

Mme Vanessa Aubard, référente régionale réclamations, cellule maîtrise des risques en santé ARS, Nantes

Mme Sylvie Baraille, bénévole associatif, Bozouls

Mme Katia Barro, Fédération Hospitalière de France, Paris

Mme Éveline Bastille, directrice pôle hébergement, au sein d'une association, Amiens et Île-de-France

Mme Sabrina Bayle, chargée de développement et innovation, économie solidaire et sociale, Saint-Étienne

Mme Catherine Belin, cadre supérieure de santé retraitée, Paris

Mme Réjane Bellec, responsable qualité, gestion des risques et RSE, secteur handicap, Lorient

Dr Ingrid Binot, gériatre hospitalière, Boulogne-Billancourt

Pr Sylvie Bonin-Guillaume, gériatre hospitalière, Marseille

Dr Nicolas Boudet, gériatrie en EHPAD USLD, Narbonne

M. Benjamin Caniard, directeur d'établissement médico-social, FHF, Paris

Mme Hélène Carrere, usagère du système de santé, Toulouse

Mme Agnès Champion, sous-directrice inspection-contrôle, ARS, Euralille

Mme Christine Charnay Heitzler, directrice du pôle développement et innovation sociale au sein d'une association, Marseille

Mme Marie Chatagnon, chargée de projet addiction précarité au sein d'une association, Paris

Mme Cécile Chevalier, direction générale, responsable de la mission inspection contrôle, ARS, Caen

Mme Hélène Clari, usagère du système de santé, Ville

Mme Élodie Corcuff, cheffe de projet soutien aux aidants, CNSA, Paris

Mme Sandrine Courtois, Fédération Hospitalière de France, Paris

M. Sébastien Coulomb, Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne, Paris

M. Pierre Czernichow, Fédération 3977 contre les maltraitances, Paris

Dr Christophe Decoene, coordonnateur médical sécurité et qualité des soins, Seclin

Mme Anne-Hélène Decosne, directrice formation et parcours professionnels, Puteaux

Dr Geneviève Demoures, usagère du système de santé, Annesse-et-Beaulieu

M. Philippe Domingues, directeur adjoint, inspection ARS, Saint-Denis

M. Roland Dysli, directeur association des ITEP, Anjoutey

M. Stéphane Fabri, masseur-kinésithérapeute libéral, Montpellier

M. Antoine Fraysse, délégué fédéral au sein d'une association en faveur des personnes en situation de vulnérabilité, Clichy

M. Loïc Galvez, directeur adjoint d'un service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés, Bourgoin-Jallieu

Mme Carole Gauvrit, aide-soignante, Paris

Mme Véronique Ghadi, directrice adjointe qualité et démocratie en santé, ARS, Montpellier

Mme Claire Gue, éducatrice spécialisée, CRIP, Nanterre

Mme Anne-Frédérique Guillou, responsable qualité au sein d'une association, Nantes

Mme Martine Jourdain Bernard, cheffe de projet qualité au sein d'une association, Bordeaux

Mme Danièle Langlois, usagère du système de santé, Paris

Mme Alexandra Magnes, coordinatrice réseau hémi-régional des violences intrafamiliales, Angers

Mme Éveline Malaquin-Pavan, cadre supérieure de santé retraitée, Paris

Mme Martine Manneville, personne ressource au sein d'une association d'entraide, Tomblaine

Mme Christine Meignien, usagère du système de santé, Toulouse

Mme Anne Monge, conseillère médicale handicap, ARS, Lyon

M. Jean-Marie Muller, association d'entraide, Tomblaine

M. Laurent Muzzolini, chef de service au sein d'une association d'accompagnement social, Lille

Mme Isabelle Noyon, association qualité des soins et sécurité des patients, Les Abymes

Mme Angélique Pauthier, juriste en droit de la santé au sein d'une association en faveur d'enfants inadaptés, Saint-Étienne

Mme Sabine Paysant, sage-femme hospitalière clinicienne et coordonnatrice, Le Cateau-Cambrésis-Caudry

Dr Bernard Poch, Fédération 3977 contre les maltraitances, Dax

M. Julien Prim, directeur d'une association qualité des soins et sécurité des patients, Paris

Mme Anne-Lise Py, travailleuse sociale, Arthès

Dr Claude Rabatel, coordonnateur EHPAD, Paris

Dr Catherine Rey-Quinio, conseillère médicale politique du handicap, ARS Ile-de-France

Mme Marie-Jeanne Richard, usagère du système de santé, Paris

M. Sébastien Ripoche, responsable département parcours des personnes âgées, ARS, Nantes

Mme Éveline Saint-Marc, infirmière retraitée, Paris

Dr Christophe Schmitt, psychiatre en EPSM, Metz

Pr Sophie Siegrist, médecin généraliste, Le Ban-Saint-Martin

Dr Isabelle Tangre, médecin gériatre, association pour la qualité des soins et la sécurité des patients, Paris

Dr Jean-Luc Termignon, médecin adjoint service inspection, ARS Ile-de-France

Mme Noémie Terrien, coordonnatrice responsable au sein d'une association pour la qualité des soins et la sécurité des patients, Nantes

Mme Anne-Julie Vaillant-Ciszewicz, gérontopsychologue, Nice

Mme Noëlle Vidal, chargée de mission paramédicale, au sein d'une association pour la qualité des soins et la sécurité des patients, Armentières

Dr Didier Vincent, médecin généraliste, médecin coordonnateur en EHPAD, Vertou

Mme Méline Vittu, chargée de mission qualité en alternance au sein d'une association en faveur de personnes en situation d'exclusion, Lille

Groupe Test

Mme Barbier Marie-Line, travailleuse sociale éducatrice spécialisée ; Mme Bernier Anne, infirmerie MAS/FAM ; Dr Binot Ingrid, cheffe de pôle médico-social ; Mme Bonnemazou Sylvie ; Mme Busca Michèle, responsable qualité ; Mme Castant Marion, FF cadre de santé en USLD ; Mme Chibane Dalila, aide-soignante, service gériatrie ; Mme Corbé Élodie, cheffe de service ; Mme Cristiano Stéphanie, directrice EHPAD ; Mme De Ritzo Nathalie, aide médico-psychologique ; Mme Ducassou Charlotte, éducatrice spécialisée, foyer d'hébergement ; Mme Fradin Anaïs, travailleuse sociale ; Mme Gaborit Pauline, monitrice éducatrice foyer de vie ; Mme Girandier Viviane, aide-soignante ; Mme Kabach Isabelle, cadre de santé ; Mme Le Foll Élisabeth, responsable qualité, association d'aide aux personnes handicapées mentales et inadaptées ; Mme Leroux Morgane, groupement pour l'insertion des personnes handicapées psychiques ; Mme Magalon Amélie, aide-soignante ; Mme Martinez Kelly, cheffe de bureau, Accueil de jour ; Mme Noc Rose, aide-soignante ; Dr Pépin Marion, MCUPH, gériatre ; Mme Piffeteau Laurie, psychologue-neuropsychologue ; Mme Pineaud Audrey, cheffe de service ; Mme Poujoulat Claire, responsable de service SAMSAH/SAVS ; Mme Ricard Christelle, responsable qualité ; Mme Rubera Joëlle, directrice ; Mme Savann Johanna, coordinatrice sociale ; Mme Talazac Audrey, responsable projets qualité ; Mme Terrasse Léonora.

Remerciements

Eric Darvoy (assistant de communication/DCIEU) ; Floriane Gasto (juriste à la mission juridique) ; Isabelle Dorléans (cheffe de projet SCES/DAQSS) ; Laure Misrahi (chef de projet au SEVOQSS/DAQSS) ; Candice Legris (adjointe au chef de service SEVOQSS/DAQSS) ; Aissatou Sow (adjointe chef de service SR/DIQASM) ; Manuela Cheviot (chef de service SR/DIQASM) ; Maryse Karrer (chef de projet au SEU/DCIEU) ; Joëlle André-Vert (chef de service du SEU/DCIEU) ; Isabelle Vazeilles (chef de projet au SR/DIQASM).

Remerciements

La HAS tient à remercier l'ensemble des participants cités ci-dessus.

Abréviations et acronymes

ARS	Agence régionale de santé
CD	Conseil départemental
CDU	Commission des usagers
CSE	Comité économique et social
CSSCT	Commission sociale et santé des conditions de travail
CVS	Commission de vie sociale
DREETS	Directions régionales de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités
EIAS	Évènement indésirable associé aux soins
EIGS	Évènement indésirable grave associé aux soins
ESSMS	Etablissements et services sociaux et médico-sociaux
FALC	Facile à lire et à comprendre
FORAP	Fédération des organismes régionaux et territoriaux pour l'amélioration des pratiques en santé
HAS	Haute Autorité de santé
QVT	Qualité de vie au travail
RETEX	Retour d'expérience
SRA	Structure régionale d'appui

Retrouvez tous nos travaux sur
www.has-sante.fr

