

Nouvelle Certification des établissements de santé - HAS



**FICHE MEMO
CRITERE IMPERATIF**

Critère 3.2-06

L'établissement lutte contre la
maltraitance en son sein

Cette fiche a été élaborée par la FORAP et construite sur la base des éléments du **manuel de certification** version 2023, des fiches pédagogiques citées ci-dessous, du guide HAS-FORAP « Le déploiement de la bientraitance en établissement de santé et EHPAD » de 2012 ainsi que de la définition de la maltraitance inscrite dans la loi de février 2022 et des travaux de la Commission nationale de lutte contre la maltraitance et de promotion de la bientraitance, anciennement présidée par Madame Alice CASAGRANDE:

- « Evaluation de la prise en charge des personnes âgées », septembre 2020,
- « Evaluation de la prise en charge des personnes vivant avec un handicap », novembre 2020,
- « Evaluation de la prise en charge des enfants et des adolescents », décembre 2020,
- « Evaluation de la gestion des droits des patients », novembre 2020.

Elle a pour objectifs de :

- **faciliter l'appropriation des attendus des éléments d'évaluation du critère impératif** sur la lutte contre la maltraitance au sein de tout établissement.
- **présenter une vision globale des attendus** du manuel de certification **concernant** la lutte contre la maltraitance au sein de tout établissement en analysant les attendus des critères associés.

Elle s'adresse aux professionnels en charge de cette thématique au sein de l'établissement (membres des instances, CDU, Comité Ethique, CLUD, des référents éthique, des référents bientraitance,...), aux professionnels en charge du pilotage de la démarche de certification et aux professionnels de terrain.

Que trouve-t-on dans cette fiche ?

- En préambule : le critère impératif et la liste des critères en lien avec la thématique
- Le critère impératif : les objectifs et les attendus du critère, les éléments d'évaluation, complétés par le regard de la FORAP
- Les critères en lien avec la thématique « Lutte contre la maltraitance », complétés par le regard de la FORAP.
- Des annexes : documents HAS, les références bibliographiques et les outils développés sur cette thématique.

Le « regard porté par la FORAP » sur les différents éléments d'évaluation s'appuie sur l'expertise des professionnels des structures régionales d'appui et ne présente pas de caractère exhaustif ni opposable. Cette fiche fera l'objet d'actualisation le cas échéant.

Abréviations employées au sein de la fiche :

- APP : Analyse de Pratiques Professionnelles
- CDU : Commission Des Usagers
- CNI : Carte Nationale d'Identité
- ERER : Espace de Réflexion Ethique Régional
- PEC : Prise en charge
- PTH : Prothèse Totale de la Hanche
- SSR : Soins de Suite et de Réadaptation



La définition de la maltraitance fait l'objet d'une inscription dans la loi du 7 février 2022 relative à la protection des enfants.

« Il y a maltraitance d'une 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, et/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. »

Figure 1 : lien vers document de la Commission Nationale de lutte contre la maltraitance

Liste des critères en lien avec le critère impératif

Critère 1.1-15	Le patient a la possibilité, en situation de fin de vie, de faire valoir au plus tôt sa décision d'accéder aux soins palliatifs
Critère 1.2-01	Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité
Critère 1.2-02	Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté
Critère 1.2-03	Le patient vivant avec un handicap bénéficie du maintien de son autonomie tout au long de son séjour
Critère 1.2-04	Le patient âgé dépendant bénéficie du maintien de son autonomie tout au long de son séjour
Critère 1.2-06	Le recours à la contention mécanique relève d'une décision médicale
Critère 1.2-07	Le patient reçoit une aide pour ses besoins élémentaires, même en situation de tension d'activité
Critère 1.2-08	Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur
Critère 2.1-05	La pertinence du recours à des mesures restrictives de liberté (limitation des contacts, des visites, retrait d'effets personnels, isolement) est argumentée et réévaluée
Critère 2.4-04	Les équipes améliorent leurs pratiques en analysant les événements indésirables associés aux soins qu'elles ont déclarés

Pour les critères impératifs en rouge, se référer aux fiches mémo correspondantes.

1. LE CRITERE IMPERATIF

CRITERE 3.2-06	L'établissement lutte contre la maltraitance en son sein
Chapitre 3 Objectif 3.2	<p style="text-align: center;">L'établissement</p> <p style="text-align: center;">L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement</p>
	<p style="text-align: center;">Ce critère est en lien avec le processus « Droits des patients ».</p> <p>❖ <i>DESCRIPTION DU CRITERE (d'après la HAS) :</i></p> <p>La maltraitance 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 sont variées : refus de prendre en compte leurs besoins et attentes, défauts d'écoute, attentes interminables inexplicables, entraves ou contraintes qui lui semblent absurdes, comportements individuels ou d'équipe inadaptés, non-respect de confidentialité, absence de soulagement de sa douleur, sortie mal préparée... Cette maltraitance s'explique généralement par des dysfonctionnements d'équipe ou institutionnels ou des tensions sur l'activité. Aussi, la démarche institutionnelle de prévention de la maltraitance fera une place importante à l'écoute de l'expérience des patients et ce, tout particulièrement pour les patients en situation de vulnérabilité, isolés ou ayant des difficultés d'expression.</p>

Regard sur les éléments d'évaluation

Critère 3.2-06	L'établissement lutte contre la maltraitance en son sein	Méthode Audit système
Élément d'évaluation	La gouvernance diffuse et veille à l'appropriation des recommandations de bonnes pratiques et d'outils visant le repérage et la prévention de la maltraitance.	Rencontre avec la gouvernance
<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;"> <p>Regard de la</p>  </div> <div> <p>Une dynamique institutionnelle incluant aussi bien le top management que le management de proximité existe au sein de la structure sur la maltraitance. <i>Extrait du guide HAS-FORAP de 2012 "Le déploiement de la bientraitance Guide à destination des professionnels en établissements de santé et EHPAD"</i></p> <p>Cette dynamique est structurée.</p> <p>Pilotage de la démarche</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inscription au sein du projet d'établissement : <ul style="list-style-type: none"> ✓ cohérence avec les valeurs portées par l'établissement / groupe ✓ lien avec le projet médical, lui-même soutenu par le projet de soins. • Démarche portée par la Commission Des Usagers. • Réalisation d'un état des lieux associant l'ensemble des professionnels et des usagers (représentants des usagers, patients partenaires....). • Formalisation au sein des politiques thématiques (droits du patient, prise en charge de la douleur, prise en charge palliative) et déclinaison en principes et actions opérationnelles. • Accompagnement des analyses de pratiques par les instances existantes (Commission Des Usagers, Comité Éthique) et les groupes de travail • Analyse des Événements Indésirables en lien avec la maltraitance avec le Comité Éthique et mobilisation d'un comité éthique le cas échéant. • Autres points : <ul style="list-style-type: none"> ○ modalités de recueil des signaux, d'alerte interne et externe formalisées, ○ accompagnement des pratiques managériales, ○ modalités de repérage de l'usure professionnelle. <p>Intégrer la promotion de la bientraitance dans une approche managériale est indispensable pour promouvoir au sein des équipes le respect de la dignité, la sollicitude et le maintien de l'autonomie. Tous ces ingrédients font partie de la lutte contre la maltraitance</p> <p>1. Formation et sensibilisation des professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inscription dans le plan de formations des formations (internes et/ou externes) : <ul style="list-style-type: none"> ✓ droits des patients (bientraitance, partenariat en santé...), ✓ en lien avec l'activité de l'établissement et/ou la population accueillie (soins palliatifs, sujet âgé, prise en charge du patient dément...), ✓ sur les bonnes pratiques (contention...), ✓ sur l'utilisation du matériel adapté (lève-malade, chariot de douche...). • Intégration du sujet de la bientraitance lors des entretiens d'évaluation annuels. </div> </div>		

- Formalisation de l'accueil du nouvel arrivant (distribution d'une charte de bienveillance...).
 - Sensibilisation des professionnels au repérage des situations de maltraitance.
Exemple : le patient ne doit pas être interpellé en public par le nom de sa pathologie.
 - Communication par le biais d'affichages. Des actions de communication dans les services permettent de prévenir la maltraitance et de la signaler.
 - Nomination de pilotes / référents avec un temps dédié et des missions définies :
 - ✓ référent « droits du patient »
 - ✓ référent « éthique »
 - ✓ référent « bientraitance », référent « victimes ».
- Le déploiement de la stratégie consiste à la **sensibilisation de TOUS les professionnels, quelque-soit leur positionnement dans la structure**, à la maltraitance (existence, définition, éléments de repérage, identification des situations à risque). Cette étape permet de disposer d'un socle commun de connaissances sur le sujet. Ces sensibilisations peuvent prendre différentes formes :
- au cours de réunions de service où certaines situations peuvent être analysées en équipe
 - événements créés au cours de la journée mondiale de sensibilisation à la maltraitance des personnes âgées et/ou de la semaine sécurité des patients.
- Pour rendre visible les pratiques inadaptées du quotidien, la **méthode patient traceur** et l'**analyse des pratiques professionnelles (APP)** sont à privilégier.

2. Gestion des équipements

- Gestion des équipements adaptés aux populations accueillies avec une anticipation du renouvellement des achats.
- Équipements et matériels adaptés à la prise en charge des personnes concernées (lève-malade, rails plafonniers, porte sécurisée pour secteur fermé, chambre d'apaisement, dispositifs de contention...).
- Recommandations de bonnes pratiques pour un usage adapté des dispositifs médicaux, formalisées et connues des professionnels (pas de détournement de matériel pour simplifier certaines tâches).
- Suivi de la maintenance des dispositifs médicaux (sonnettes fonctionnelles...).

3. Suivi (enquêtes / indicateurs)

- Enquêtes permettant d'évaluer les pratiques en lien avec la Commission Des Usagers et/ou le Comité Ethique (enquête « regard croisé sur la bientraitance », cartographie des risques de la maltraitance...).
- Questionnaire de satisfaction ou enquête spécifique « droits du patient ».
- Recueil d'expérience patient (patient traceur, AMPATTI, micro-trottoir...).
- Analyse du questionnaire e-SATIS ou du questionnaire de sortie.
- Analyse des courriers des patients et de l'entourage, en lien avec le respect de la dignité, la douleur, le respect de l'autonomie, du sommeil, des besoins quotidiens.
- Évaluation des Pratiques Professionnelles sur le thème de la promotion de la bientraitance et/ou de la prévention de la maltraitance.
- Suivi du tableau de bord des indicateurs :
 - ✓ directement en lien avec la maltraitance (nombre de réclamations),
 - ✓ indirectement en lien avec la maltraitance (turn-over dans un service,

	<p>absentéisme, fiche EI sur la Qualité de Vie au Travail).</p> <p>Pour aller plus loin, l'établissement a la possibilité d'adhérer à l'Espace de Réflexion Ethique de sa région (ERER) de manière à pouvoir bénéficier de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • formations des professionnels (diplôme inter-universitaire, diplôme universitaire, master, initiation tout public, réflexion éthique en santé, nouveaux droits des patients en fin de vie...), • documents d'information (guides,...), • débats publics, séminaires, conférences, cafés et cinémas éthiques. 	
<p>Elément d'évaluation</p>	<p>Les professionnels ont mis en place des modalités d'écoute quotidienne de l'expérience des patients et tout particulièrement pour les patients dans les moments sensibles de vulnérabilité.</p>	<p>Rencontre avec les professionnels</p>
<p>Regard de la</p> 	<p>L'individualisation de la prise en charge des patients est un élément clé pour lutter contre la maltraitance. Il s'agit d'être attentif à tout moment aux patients et à leurs proches afin d'adapter la prise en soins, et de ne pas négliger les temps informels quotidiens d'échange (« Comment allez-vous ? », « Comment vous sentez-vous ? »).</p> <p>L'accueil du patient est une étape stratégique pendant laquelle le patient doit se sentir accueilli et écouté (climat de confiance).</p> <p><i>Cf critère 1.2-03 ci-dessous</i></p> <p>Au cours du séjour, le patient doit également pouvoir exprimer ses besoins et son expérience grâce à des dispositifs de recueil des attentes des usagers (patient, famille, aidant...) tels que :</p> <ul style="list-style-type: none"> • une boîte à idées accessible à tous, • la présence de professionnels dédiés à l'accompagnement psychologique (psychologues) et social (assistant(e) social(e)) des patients, des proches, des aidants, • des rencontres soignants/soignés (débats échanges) dans des lieux favorisant : <ul style="list-style-type: none"> ✓ l'écoute et les échanges, ✓ l'accompagnement dans les situations de vulnérabilité (mise en lien avec la Maison des femmes, salon des familles...). 	

<p>Élément d'évaluation</p>	<p>Les professionnels connaissent les circuits d'alerte pour les différents types de maltraitance.</p>	<p>Rencontre avec les professionnels</p>
<p>Regard de la</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Tout professionnel a le devoir de signaler une situation de maltraitance constatée. Le signalement peut constituer une obligation légale : <ul style="list-style-type: none"> ○ non dénonciation de crime (<i>article 434-3 du Code pénal</i>), ○ délit de non-assistance à personne en danger, obligation de porter secours »(<i>article 223-6 alinéa 2 du Code Pénal</i>), ○ signalement au Procureur de la république / ARS / autorités judiciaires / Préfet de Police (suivant la situation constatée). <p>Les conduites à tenir en cas de situation/suspicion de maltraitance sont formalisées, connues et mises en œuvre par l'ensemble des professionnels : procédure de signalement interne à l'établissement (personne à joindre, formulaire de signalement à remplir, délai, proches à informer, suites à donner...).</p> <p>Les principaux acteurs dédiés à la lutte contre la maltraitance sont connus et utilisés par les professionnels :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le numéro 119 pour l'enfance en danger, - le 3977 est le numéro national d'écoute dédié aux personnes âgées et aux adultes en situation de handicap victimes de maltraitance, - France Victimes (anciennement INAVEM) est la fédération gestionnaire du numéro 116 006, dédié aux témoins et victimes dès lors qu'une responsabilité pénale peut être recherchée... 	

2. LES CRITERES EN LIEN AVEC LE CRITERE IMPERATIF

Regard des éléments d'évaluation

CHAPITRE 1	Le Patient	
Critère 1.1-15	Le patient a la possibilité, en situation de fin de vie, de faire valoir au plus tôt sa décision d'accéder aux soins palliatifs	
Éléments d'évaluation	<p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> L'expression de la volonté du patient en fin de vie est recherchée. En l'absence de directives anticipées, la personne de confiance est sollicitée pour témoigner de la volonté exprimée par le patient. 	Méthode Parcours traceur
<p>Regard de la</p> 	<p>Une vigilance particulière est à apporter sur le respect des droits des patients en fin de vie.</p> <p>Face à un patient en fin de vie, tout établissement doit être en mesure d'apporter un accompagnement adapté, qu'il soit doté ou non d'une unité de soins palliatifs (USP) ou de lits identifiés soins palliatifs (LISP).</p> <p>Certains points de vigilance sont à vérifier.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Respect de l'autonomie pour conserver une indépendance le plus longtemps possible <i>Exemple : élaboration d'un projet personnalisé avec des soins de confort, contractualisé entre le patient et l'équipe de soins.</i> ✓ Recueil des directives anticipées le plus précocement possible (réflexion à mener en équipe) avec une réévaluation pour être au plus près des attentes des patients et des proches. Si la personne n'a pas formalisé ses directives anticipées, les professionnels lui apportent une information à ce sujet (orale et écrite) lui permettant de faire un choix éclairé. ✓ Place laissée aux proches aidants qui le souhaitent <i>Exemples : amplitude horaire des visites élargie, lit et repas accompagnant, aide à la prise du repas par les proches</i> ✓ Préparation et accompagnement des proches au décès du patient... <p>Les groupes de travail sur l'accompagnement de la fin de vie sont à favoriser.</p>	
Critère 1.2-03	Le patient vivant avec un handicap bénéficie du maintien de son autonomie tout au long de son séjour	
Éléments d'évaluation	<p>Patient</p> <ul style="list-style-type: none"> Du point de vue du patient vivant avec un handicap, son autonomie est maintenue durant son séjour, hormis les effets inhérents aux modalités de sa prise en charge. <p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> Les aptitudes et capacités du patient vivant avec un handicap font l'objet d'une évaluation systématique. Les mesures permettant le maintien de l'autonomie du patient vivant avec un handicap tout au long de son séjour sont mises en place. 	Méthode Patient traceur

Une vigilance particulière est à apporter au maintien de l'autonomie du patient vivant avec un handicap.

• **En amont**

- ✓ Les informations sur le site internet de la structure sont accessibles.

Exemples : sous-titrage, lecture sonore, séquences vidéo en langue des signes, outils adaptés aux personnes avec des troubles cognitifs ou neuro-développementaux...

- ✓ Un numéro de téléphone et une adresse e-mail / SMS uniques sont dédiés aux personnes en situation de handicap.
- ✓ Un contact par téléphone ou par messagerie est nécessaire avant l'arrivée du patient, pour un recueil de ses besoins spécifiques (habitudes alimentaires, traitements médicamenteux, soins corporels...).

• **Accès à l'établissement & accueil**

L'accessibilité physique des bâtiments constitue une obligation légale pour les établissements de santé.

Exemples : places de parking réservées, rampes d'accès, signalétique / ascenseurs / sanitaires adaptés, espace d'accueil et d'attente pour le chien guide ou chien d'assistance, chambres équipées, matériel spécialisé.

Pour les déficients auditifs, les lieux d'accueil doivent être équipés de Boucle d'induction magnétique (BIM).

Il est notamment important d'adapter les espaces d'attente aux situations de handicap.

Exemples : salle d'attente au calme séparée de la salle d'attente commune pour une personne autiste, bornes d'accueil à hauteur de personnes de petite taille ou en fauteuil roulant, places libres sans chaise...

Regard de la



Le personnel de l'accueil est informé de la venue de la personne en situation de handicap.

L'information donnée au patient est adaptée au type de handicap, en privilégiant le mode de communication habituel de la personne.

Le livret d'accueil et la charte relative aux droits des patients sont notamment remis à la personne en situation de handicap dans un support adapté (par exemple « Facile à lire et à comprendre »). La charte Romain Jacob est diffusée (affichage) et connue des professionnels et des usagers.

• **Les professionnels**

Les équipes sont formées et sensibilisées :

- ✓ formation des agents concernés par l'accueil et le suivi de patients en situation de handicap
- ✓ Identification d'un **réfèrent handicap**, ou constitution d'une **équipe spécialisée mobile** au sein de l'établissement.

Les **professionnels référents handicap** sont joignables et se rendent disponibles à l'arrivée de la personne dans l'établissement de santé. Ils aident au repérage des lieux : chambre, salle de bains, sanitaires...

Ils sont en soutien des équipes, pendant toute la durée du séjour hospitalier. Ils participent à l'élaboration et au suivi du **projet personnalisé de soins** en collaboration avec l'équipe soignante.

Ils conçoivent les adaptations nécessaires pour faciliter l'accueil et le déroulement des soins.

Les aptitudes et capacités du patient sont régulièrement réévaluées durant le séjour.

Les professionnels évitent l'infantilisation des personnes en situation de handicap lors des soins prodigués.

	<p>Ils font en sorte que le patient puisse, autant que possible, utiliser son propre matériel (fauteuil électrique, appareil de ventilation, aides techniques ou équipement de confort, prothèses, identifiés au nom du patient durant le séjour), particulièrement si celui de l'établissement est moins adapté.</p> <p>Les professionnels s'assurent de la restitution et de la remise en fonction des appareils auditifs (ou implants) qui ont pu être retirés au moment de certaines interventions.</p> <p>• Association de l'aidant familial / proche et/ou de l'aidant professionnel</p> <p>Le maintien de l'intervention de l'aidant avec l'accord du patient est encouragé. L'expertise des personnes en situation de handicap, des familles et des associations est intégrée dans la prise en charge.</p> <p>• Les soins ambulatoires sont favorisés par rapport à l'hospitalisation avec hébergement.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Les rendez-vous sont donnés près du lieu de vie de la personne. ✓ Les rendez-vous sont idéalement regroupés au même endroit et dans la même journée. ✓ Les rendez-vous avec des personnes qui sont formées sur la santé des personnes en situation de handicap sont privilégiés.
--	--

Critère 1.2-04	Le patient âgé dépendant bénéficie du maintien de son autonomie tout au long de son séjour	Méthode
Éléments d'évaluation	<p>Patient</p> <ul style="list-style-type: none"> • Du point de vue du patient, son autonomie est maintenue durant son séjour, hormis les effets inhérents aux modalités de sa prise en charge. <p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'aptitude du patient fait l'objet d'une évaluation systématique. • Les mesures permettant le maintien de l'autonomie du patient tout au long de son séjour sont mises en place. 	Patient traceur
Regard de la	<p>Cf critère 1.02-03</p> <p>Lors d'une hospitalisation, une personne âgée peut perdre ses capacités à réaliser seule certaines activités de base de la vie quotidienne comme se lever, marcher, s'habiller, manger...</p> <p>Des actions simples sont recommandées, telles que favoriser la mobilité et l'activité physique du patient, éviter les périodes de jeûne injustifiées, réévaluer l'utilité des différents traitements médicamenteux, limiter l'utilisation de protections lorsque cela est possible...</p> <p>L'ensemble de ces actions a pour objectif de limiter le risque d'iatrogénie lié à l'hospitalisation.</p>	

Critère 1.2-06	Le recours à la contention mécanique relève d'une décision médicale	Méthode
<p align="center">Éléments d'évaluation</p>	<p>Patient</p> <ul style="list-style-type: none"> • En cas de contention, le patient – et/ou sa personne de confiance – a reçu une information claire et explicite sur sa motivation. <p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> • La contention mécanique fait l'objet d'une décision médicale précisant les modalités de mise en œuvre : <ul style="list-style-type: none"> – points de contention ; – diurnes ou nocturnes ; – durée ; – modalités de surveillance et d'évaluation. • La motivation ayant conduit au recours à la contention physique est argumentée et tient compte des éventuels échecs des mesures alternatives antérieures et de l'évaluation bénéfique/risque. • La pertinence du maintien de la contention mécanique est obligatoirement réévaluée. 	<p align="center">Patient traceur</p>
<p>Regard de la</p>	<p>NB : ce critère concerne l'intégralité de l'établissement et tous les modes de prise en charge (urgences, pédiatrie, réanimation...).</p> <p>En aucun cas la contention ne doit être utilisée pour pallier un manque d'effectif du personnel, par convenance de l'équipe soignante ou encore par mesure disciplinaire ou punitive.</p> <p>Information du patient</p> <p>Il est indispensable, au moment de la mise en place de la contention mécanique, de donner au patient et à ses proches des explications claires concernant les raisons de la mesure, les objectifs de la mesure et les critères permettant sa levée. Il est nécessaire d'expliquer au patient ce qui va se passer durant la période de contention mécanique (surveillance, examens médicaux, traitement, toilettes, repas, boisson). Le consentement et la participation du patient et de ses proches sont recherchés.</p> <p>Mesures alternatives</p> <p>La contention ne doit être utilisée qu'en dernier recours après l'échec des mesures alternatives de prise en charge. Les mesures alternatives à la contention et la décision de contention doivent être prises de manière pluridisciplinaires.</p> <p><i>Exemples en psychiatrie : espace d'apaisement, médicaments, entretien duel, environnement adapté (lumières tamisées, musique de relaxation, massage, yoga du rire...).</i></p> <p><i>Exemples pour les personnes âgées : lit bas (moins de 45 cm de hauteur) avec matelas anti-chutes au sol, ...), personnalisation des chambres, éclairage plus important, retrait des roulettes de la table de nuit, blocage des roulettes du lit en permanence et mise en position basse, sur-élévateur de toilettes, barres d'appui, incitation à l'activité physique, à la marche, à l'autonomie.</i></p> <p>Modalités de mise en œuvre</p> <p>La prescription médicale doit permettre de comprendre le bien-fondé de la mesure. Il est recommandé qu'une fiche particulière de prescription du suivi de la décision soit présente dans le dossier du patient. La raison, l'heure et la date de la levée de l'isolement</p>	

	<p>ou de la contention mécanique doivent être tracées dans le dossier du patient. Le matériel de contention et les attaches doivent être adaptés au poids et à la stature du patient.</p> <p>Le matériel de contention sélectionné présente des garanties de sécurité et de confort pour la personne. Dans le cas de contention au lit, le matériel est fixé sur les parties fixes, au sommier ou au cadre du lit, jamais au matelas ni aux barrières. Dans le cas d'un lit réglable, les contentions sont fixées aux parties du lit qui bougent avec le patient. En cas de contention en position allongée, les risques liés aux régurgitations et aux escarres sont prévenus.</p> <p>Une surveillance clinique et psychologique quotidienne est tracée dans les transmissions écrites et portent sur les éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ la vérification des points d'attache et des points d'appui (apparition de rougeurs, d'escarres...), ✓ les besoins physiologiques (hydratation, continence), ✓ la fonction respiratoire, ✓ le risque psychologique (syndrome de glissement...). <p>Réévaluation</p> <p>La contention mécanique doit être levée, sur décision médicale, dès que son maintien n'est plus cliniquement justifié.</p> <p>À la fin de toute mesure d'isolement ou de contention, une reprise des conditions qui y ont conduit et une réflexion doivent être menées d'une part avec le patient et d'autre part en équipe.</p>
--	--

Critère 1.2-07	Le patient reçoit une aide pour ses besoins élémentaires, même en situation de tension d'activité	Méthode
<p style="text-align: center;">Éléments d'évaluation</p>	<p>Patient</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le patient a reçu tout au long de sa prise en charge une réponse et une aide pour répondre à ses besoins élémentaires (hydratation, nutrition, accompagnement aux toilettes, hygiène). <p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'autonomie dans les besoins élémentaires du patient est évaluée (hydratation, nutrition, accompagnement aux toilettes, hygiène). 	<p style="text-align: center;">Patient traceur</p>
<p style="text-align: center;">Regard de la</p>	<p>Il existe un lien étroit entre bienveillance et maintien de l'autonomie, en particulier pour les besoins physiologiques et notamment pour les personnes en situation de handicap.</p> <p>Une attention particulière doit être portée (et surtout en situation de tension d'activité) sur ce qui peut devenir une forme de maltraitance organisationnelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ soins survenant de plus en plus tôt le matin, ✓ soins de nursing moins nombreux, ✓ temps des repas raccourci, ✓ pose systématique de protections, ✓ délai de réponse aux sonnettes allongé, ✓ patient moins mobilisé et installé dans le fauteuil. 	

3. ANNEXES

Annexe 1

Scénario : Comment repérer l'invisibilité des pratiques maltraitantes ?

 <p>Regard de la</p>	<p>Afin de mieux appréhender la notion de maltraitance, un exemple concret est présenté ci-dessous.</p>
	<p><i>Une patiente âgée (80 ans) est admise en médecine générale pour dégradation de l'état général suite à une intervention chirurgicale de type PTH dans un autre établissement. Elle ne présente aucun trouble et est autonome pour les tâches de la vie quotidienne. Il est prévu ensuite qu'elle soit transférée dans le service de Soins de Suite et de Réadaptation Locomoteur du même établissement.</i></p>
	<p>Accueil</p> <p><i>La patiente est accueillie par une hôtesse d'accueil en train de pianoter sur son portable personnel, qui ne voit donc pas arriver la patiente allongée sur le brancard, accompagnée d'un ambulancier. Elle lui demande ses papiers (CNI, carte vitale, carte mutuelle), sans même lui souhaiter la bienvenue au sein de l'établissement, ni lui dire bonjour, rendant l'accueil froid. Les tâches administratives étant réalisées avec l'ambulancier, l'hôtesse appelle le service de médecine générale pour annoncer que la « 11 » est arrivée et demande à l'ambulancier d'emmener la patiente dans le service concerné, sans un mot pour elle.</i></p>
	<p>PEC - Séjour</p> <p><i>L'ambulancier accompagne la patiente et informe de son arrivée les professionnels de la salle de soins. Il est demandé à l'ambulancier de l'emmener en chambre « 11 ». On l'informe que quelqu'un viendra réaliser l'entrée de la patiente.</i></p> <p><i>L'accueil est ensuite réalisé par l'AS, qui ne se présente pas. La patiente demande à être accompagnée aux toilettes, l'AS lui répond qu'il va lui mettre une protection. La patiente n'ose rien dire, c'est la première fois qu'on lui fait cette proposition. Le médecin arrive ensuite pour réaliser l'évaluation médicale d'entrée. Viendra ensuite l'IDE pour l'entretien paramédical d'entrée.</i></p> <p><i>Première nuit pour la patiente, il est 22 h, la patiente ne parvient pas à trouver le sommeil. Elle est gênée par les bruits des roues du chariot de soins de l'AS et les discussions des professionnels qui parlent fort. Une fois la patiente endormie, celle-ci est réveillée, le lendemain, à 5 h du matin par l'IDE de nuit pour réaliser un prélèvement sanguin.</i></p> <p><i>Deux jours après, la patiente va mieux. Elle est transférée en SSR gériatrique pour débiter sa rééducation suite PTH. Elle ne comprend pas pourquoi elle est entourée de personnes âgées déambulant et présentant des troubles cognitifs. Lors de sa première séance de rééducation en collectif, le médecin responsable vient la voir pour l'informer que, le service SSR locomoteur étant plein, et en raison des protections qu'elle portait, il avait été décidé de la transférer plutôt en SSR Gériatrique. La patiente se met à pleurer et stoppe de pédaler sur son vélo électrique. Le médecin, qui a son DECT qui sonne à ce moment-là, en profite pour décrocher et s'éloigner. Au même moment, un professionnel de la rééducation, occupé avec un autre patient, crie « allez Jeanine, on continue de pédaler » !</i></p>
<p>Sortie</p> <p><i>La sortie de cette patiente est accélérée par un besoin en places. Le cadre du service annonce à la patiente qu'elle sort le lendemain. Le délai ne permet pas d'organiser la sortie en tenant compte des besoins de la patiente ni du stress généré par cette annonce. Aucune aide à domicile n'a pu être organisée en amont de la sortie.</i></p>	

Annexe 2

Les références bibliographiques

1. LE CRITERE IMPERATIF		Références bibliographiques
Critère 3.02-06	L'établissement lutte contre la maltraitance en son sein	<p>Références HAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir, 2017. • La maltraitance ordinaire dans les établissements de santé, octobre 2009 <p>Références légales et réglementaires</p> <ul style="list-style-type: none"> • • Loi du 30 juillet 2020 visant à protéger les victimes de violences conjugales. • • Art. L. 119-1 du Code de l'action sociale et des familles. • L. 1431-2 du code de la santé publique <p>Références bibliographiques</p> <ul style="list-style-type: none"> • Démarche nationale de consensus pour un vocabulaire partagé de la maltraitance des personnes en situation de vulnérabilité, mars 2021

2. LES CRITERES EN LIEN AVEC LE CRITERE IMPERATIF		Références bibliographiques
Critère 1.1-15	Le patient a la possibilité, en situation de fin de vie, de faire valoir au plus tôt sa décision d'accéder aux soins palliatifs.	<p>Références HAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les directives anticipées concernant les situations de fin de vie, 2016. • Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé – Principes généraux, 2012. <p>Références légales et réglementaires</p> <ul style="list-style-type: none"> • Art. R. 4127-37, R. 4127-37-1, R. 4127-37-2 et R. 4127-37-3 du CSP. • Charte de la personne hospitalisée.
Critère 1.2-03	Le patient vivant avec un handicap bénéficie du maintien de son autonomie tout au long de son séjour	<p>Références HAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accueil, accompagnement et organisation des soins en établissement de santé pour les personnes en situation de handicap, 2018. <p>Références légales et réglementaires</p> <ul style="list-style-type: none"> • Charte de la personne hospitalisée [points VIII et IX]. • Charte Romain Jacob.

Critère 1.2-04	<p>Le patient âgé dépendant bénéficie du maintien de son autonomie tout au long de son séjour</p>	<p>Références HAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accueil, accompagnement et organisation des soins en établissement de santé pour les personnes en situation de handicap, 2018. <p>Références légales et réglementaires</p> <ul style="list-style-type: none"> • Charte de la personne hospitalisée [points VIII et IX].
Critère 1.2-06	<p>Le recours à la contention mécanique relève d'une décision médicale</p>	<p>Références HAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aide à la rédaction des certificats et avis médicaux dans le cadre des soins psychiatriques sans consentement d'une personne majeure à l'issue de la période d'observation, 2018. • Isolement et contention en psychiatrie générale, 2017. • Trouble du spectre de l'autisme : interventions et parcours de vie de l'adulte, 2017. • Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en services de psychiatrie, 2016. • Autisme et autres troubles envahissants du développement : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent, 2012. • Contention physique de la personne âgée, 2005. • Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligation de soins et de sécurité, 2004. <p>Références légales et réglementaires</p> <ul style="list-style-type: none"> • Circulaire DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1/ C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée. • Instruction n° DGOS/R4/DGS/SP4/ 2017/109 du 29 mars 2017 relative à «la politique de réduction des pratiques d'isolement et de contention au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie et désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement».
Critère 1.2-07	<p>Le patient reçoit une aide pour ses besoins élémentaires, même en situation de tension d'activité.</p>	<p>Références légales et réglementaires</p> <ul style="list-style-type: none"> • Art. D. 6124-19 et D. 6124-23 du CSP. • Décret n° 2016-1605 du 25 novembre 2016 portant code de déontologie des infirmiers.

Annexe 3

Les outils de la FORAP et sa contribution aux travaux nationaux

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Guide de l'animateur, Analyse de scénarios et de témoignages, Septembre 2021 https://www.forap.fr/maltraitance-des-temoignages-pour-questionner-les-pratiques ✓ Consensus national sur la définition de la maltraitance – Commission Nationale de lutte contre la maltraitance et de promotion de la bientraitance, 2020 https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/personnes-vulnerables/lutte-contre-la-maltraitance-des-personnes-vulnerables/article/commission-lutte-contre-maltraitance-et-promotion-bientraitance ✓ Le déploiement de la bientraitance. Guide et outils à destination des professionnels de santé et EHPAD. Groupe Bientraitance FORAP-HAS. Mars 2012 https://www.has-sante.fr/jcms/c_1323996/fr/le-dploiement-de-la-bientraitance
---	---

Annexe 4

Pour aller plus loin...

 <p>MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS, DE L'AUTONOMIE ET DES PERSONNES HANDICAPÉES</p> <p><i>Liberté Égalité Fraternité</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Promouvoir la bientraitance pour prévenir la maltraitance : kit de formation en ligne
<p>Espaces de réflexion éthique régionaux</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/ethique-et-deontologie/article/qu-est-ce-qu-un-espace-de-reflexion-ethique-regional-erer
 <p>Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées Research Chair on Mistreatment of Older Adults</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées, Archives des Outils pédagogiques et guides de pratique – Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées (maltraitecedesaines.com)
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Jeu d'enquête sur la promotion de la Bientraitance « Où est Mr BERTRAND ? » (QualiREL Santé) <p>Contactez la SRA de votre région</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Projet CARMA (Chambre de simulation pour AgiR contre les MAltraitements ordinaires) <p>Contactez la SRA de votre région</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ https://santebd.org/les-fiches-santebd/parcours-de-soins/les-directives-anticipees ✓ https://santebd.org/les-fiches-santebd/douleur-handicap/les-soins-palliatifs