

Avis de relecture du guide « Bientraitance et gestion des signaux de maltraitance en établissement » (Guide dans sa version d'avril 2024).

L'analyse est présentée par question à partir d'un questionnaire proposé sur l'application GRAAL. Les réponses apportées portent sur une version antérieure et provisoire du guide et des fiches proposées.

Expert	Date de validation
Expert 1	10/05/2024
Expert 2	14/06/2024
Expert 3	21/05/2024
Expert 4	26/04/2024
Expert 5	08/05/2024
Expert 6	21/05/2024
Expert 7	29/04/2024
Expert 8	26/04/2024
Expert 9	06/05/2024
Expert 10	11/05/2024
Expert 11	03/05/2024
Expert 12	07/05/2024
Expert 13	10/05/2024
Expert 14	03/06/2024
Expert 15	06/05/2024
Expert 16	10/05/2024
Expert 17	08/05/2024
Expert 18	17/05/2024
Expert 19	13/05/2024
Expert 20	14/05/2024
Expert 21	10/05/2024
Expert 22	11/05/2024
Expert 23	10/05/2024
Expert 24	09/05/2024

Expert 25	26/05/2024
Expert 26	21/05/2024
Expert 27	09/05/2024
Expert 28	15/05/2024
Expert 29	30/04/2024
Expert 30	06/05/2024
Expert 31	03/05/2024
Expert 32	07/05/2024
Expert 33	10/05/2024
Expert 34	09/05/2024
Expert 35	15/05/2024
Expert 36	04/05/2024
Expert 37	03/05/2024
Expert 38	03/05/2024
Expert 39	03/05/2024
Expert 40	15/05/2024
Expert 41	10/05/2024

Nous vous sollicitons pour participer à la relecture du guide de bonnes pratiques relatif à la « Bientraitance et gestion des signaux de maltraitance en établissement – mise en œuvre en milieu sanitaire, médico-social et social – personnes majeures ». Il s'agit de documents « provisoires » qui seront revus par le groupe de travail en fonction de l'ensemble des commentaires reçus à la suite de la relecture.

Vous trouverez le guide et ses 6 fiches associées pour avis, accompagnés d'un rapport d'élaboration pour information. Votre mission consiste à donner un avis sur le guide proposé et les fiches par la cotation des propositions et/ou commentaires libres, selon les questions. Il est important de prendre en compte pour votre avis la lisibilité, la faisabilité et l'applicabilité du guide. Nous vous invitons à lire tous les documents (le guide d'abord et les fiches ensuite) avant de remplir le questionnaire, afin d'avoir une vision globale. Ce questionnaire ne porte pas sur le rapport d'élaboration qui sert de support de référence au guide.

Pour la phase de cotation, en regard de chaque proposition du questionnaire est placée une échelle numérique discontinue graduée de « 1 » à « 9 ». La cotation est fondée sur les données de la littérature et/ou votre expérience dans le domaine abordé. La valeur « 1 » signifie que la proposition n'est pas du tout conforme et que vous êtes en désaccord total avec la proposition. La valeur « 9 » signifie que la proposition est tout à fait conforme et que vous êtes totalement d'accord avec la proposition. Les valeurs comprises entre « 2 » et « 8 »

traduisent les situations intermédiaires possibles. La valeur « 5 » correspond à votre indécision. Il est important d'éviter les données manquantes : si vous êtes indécis, il est préférable de coter « 5 » plutôt que de ne pas répondre. Vous avez aussi la possibilité de signaler que la question est hors de votre champ de compétences (« Je ne peux pas répondre »).

Nous attirons votre attention sur le fait que seules les versions finales des documents seront diffusées, après la validation par le Collège de la Haute Autorité de santé. De ce fait, nous vous remercions de respecter toute confidentialité et de ne pas diffuser ces documents provisoires.

La date limite de réponse à ce questionnaire est fixée au 10 mai 2024, délai de rigueur.

Nous vous remercions de votre collaboration et restons à votre disposition pour toute information complémentaire ou question technique. Laurence Chazalotte, service des bonnes pratiques professionnelles Haute Autorité de santé – Vos contacts Laurence CHAZALETTE, cheffe de projet : l.chazalotte@has-sante.fr ; 01 55 93 71 32 ; assistantes projet Samantha TAN : s.tan@has-sante.fr ; 01 55 93 72 84, Michèle LE MOIGNE : m.lemoine@has-sante.fr ; 01 55 93 72 14

Introduction : Que pensez-vous de l'introduction ?

Valeur de cotation	Libellé
1	Pas du tout d'accord
9	Tout à fait d'accord
10	Je ne sais pas répondre

Valeurs manquantes : 1 ; Valeur minimum : 3 ; Valeur maximum : 9

Médiane : 9 ; Moyenne : 8,13

Distribution des réponses par cotation en nombre

Échelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	1	0	0	2	7	9	21	0

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Échelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	2.50	0.00	0.00	5.00	17.50	22.50	52.50	0.00

Expert	Commentaires
Expert 3	Ajouter un lexique au préalable de l'introduction qui viserait à utiliser un seul terme pour les publics cibles communs aux 3 secteurs (usager ou autre terme)
Expert 8	Claire et précise, elle pose le contexte.
Expert 9	Je trouve dommage que les interventions des équipes de soins à domicile (IDE libéral, SSIAD...) n'aient pas été traitées dans ce travail. Beaucoup de personnes âgées et/ou en situation de handicap sont prises en charge à domicile par des professionnels très souvent en sous-effectif, ou des IDEL surchargés de travail, ce qui peut, à mon avis, engendrer des situations de maltraitance ou de non-bienveillance.
Expert 10	Introduction pertinente qui met bien en exergue le contexte dans lequel s'inscrit le guide ainsi que les enjeux pour les personnes accueillies/les professionnels
Expert 14	Il n'est pas fait état de maltraitance structurelle, avec des locaux non adaptés. Vu en MAS TSA, sur une unité de vie, une seule pièce, commune, vide, avec seulement deux canapés et au coin, un bureau d'éducateurs vitré permettant de voir les résidents, inoccupés et seuls sans interaction, leur chambre étant fermée à clef la journée aucune possibilité d'aller ailleurs que dans cette pièce

	vide. Ou plus fréquemment des locaux bruyants et résonnants, sans protection phonique ou des lieux n'ayant pas suffisamment de sanitaires ou ne permettant pas la préservation de l'intimité au moment des toilettes.
Expert 18	Ne pas oublier d'inclure les accompagnements sociaux. Le document est très axé sur les établissements sanitaires et médico-sociaux.
Expert 22	cf. doc joint
Expert 23	Débuter la partie introductive par les attentes des Français donne la sensation que la recommandation est une réponse politique alors que le sujet se place dans l'essence même des pratiques professionnelles : sens et objectifs partagés que l'on exerce en établissement de santé, en structure médico-sociale ou sociale. Il manque probablement une introduction des concepts scientifiques du <i>care</i> et de l'accompagnement éducatif. L'OMS en fait d'ailleurs l'une de ses priorités. Le contexte contraint de notre système de santé et d'accompagnement renforce les inquiétudes des Français et nécessite d'outiller davantage les établissements et professionnels à introduire la promotion de la bientraitance et la lutte contre les maltraitements comme des dimensions intrinsèques au fonctionnement de la structure. Dans le titre du guide, privilégier « promotion de la bientraitance » plutôt que bientraitance. La promotion reste la démarche mouvante de mise en œuvre pour tendre vers la bientraitance et lutter contre les maltraitements. Le guide ne répond pas à ce qu'est la bientraitance ou la maltraitance mais donne plutôt des repères pour promouvoir la bientraitance et lutter contre les maltraitements. Enjeux : les enjeux qualité et de sécurité des soins sont traduits dans les attendus de la certification et l'évaluation des ESSMS mais ne sont pas des enjeux de qualité et de sécurité des soins : ils ne sont qu'un moyen pour les évaluer.
Expert 24	Bien construite et très lisible
Expert 28	La présentation de données statistiques issues éventuellement de Alma ou des remontées des EIG par les ARS sur la nature et le nombre d'actes de maltraitance permettrait assurément de mieux sensibiliser les professionnels à ce phénomène.
Expert 31	La définition de la maltraitance n'apparaît pas de suite mais nous en disposons ensuite assez rapidement. Oui au rappel des problématiques du secteur. Oui à l'enjeu d'appropriation du sujet par le secteur. Le format apparaît facilitant dès l'introduction. Guide/un abrégé du guide et des fiches adossées
Expert 33	sur populations concernées voir commentaires ci-dessous
Expert 38	Dans les pages 1 à 3 (avant intro), les termes utilisés ne sont pas adaptés aux ESSMS.
Expert 40	quelques typos à corriger (voir PJ dans email car la soumission de fichiers à ajouter ne fonctionne pas)
Expert 41	dans les personnes concernées « Les personnes adultes de plus de 18 ans en situation de vulnérabilité accueillies en établissement des secteurs sanitaire, social et médico-social »

	on ne parle que de la personne accueillie... il pourrait y avoir une maltraitance vis-à-vis de ses aidants non professionnels
--	---

Avez-vous des commentaires, des modifications ou des précisions à apporter sur cette partie ?

Expert	Commentaires
Expert 1	J'ai eu un doute à la lecture sur l'exclusion des SAAD – si possible de préciser au niveau des professionnels concernés : Les interventions des équipes de « services d'aide, d'accompagnement et/ou de soins à domicile » ne seront pas traitées dans ce travail.
Expert 3	Attention à ne pas privilégier un vocabulaire focus sanitaire (ex. : le patient, le professionnel de santé)
Expert 4	Les objectifs du guide et les enjeux sont bien formalisés
Expert 8	Non
Expert 11	Un guide est-il prévu pour les personnes mineures ? Si oui l'indiquer pourrait éviter de s'interroger.
Expert 13	Bienvenu de noter que quel que soit le contexte dans lequel la personne, l'aidant, l'étudiant comme le professionnel se trouvent, chacun peut contribuer à la bientraitance comme à la prévention de la maltraitance, notamment par le questionnement réflexif permanent et la conviction entretenue que l'on n'est pas seul pour contribuer à désamorcer une situation potentiellement à risque. Lorsque la personne est en structure, en pratique, nous pouvions observer deux types de maltraitance : - interne : produite par un professionnel ou un étudiant, - externe : observée, produite par un visiteur, un aidant, un membre de la famille ou racontée par la personne lors d'une prise en soin/consultation/hébergement... Cela a nécessité une clarification dans nos modalités tant de prévention que de déclaration. Intérêt de rendre compte des faits et d'embarquer tous les acteurs/protagonistes pour limiter l'impact délétère tant sur la personne sur laquelle se produit la maltraitance que sur les personnes « associées ».
Expert 14	Il manque un paragraphe sur les familles, proches aidants, qui sont souvent le seul lien et seul interlocuteur avec l'établissement lorsque la personne adulte en situation de vulnérabilité est dans l'incapacité de s'exprimer. Les familles peuvent être celles qui alertent sur une situation qui leur semble être de la maltraitance.
Expert 16	Non, c'est très bien ainsi !
Expert 18	1^{re} page « Il peut s'agir d'une relation de confiance, de soins, d'aide à l'autonomie, d'accompagnement social ou de dépendance. » 2^e page

	« Des enjeux de société [...] en situation de vulnérabilité (le grand âge, la maladie, le handicap ou la précarité) [...] »
Expert 20	Le rappel sur le contexte actuel est le bienvenu
Expert 21	En plus des professionnels, peut-on également citer les intervenants libéraux et autres professionnels non salariés à l'établissement (ex. : transporteurs), les bénévoles Page 8 juste après contexte : « au » préalable à la place de « en » préalable
Expert 22	oui, cf. doc joint
Expert 23	Débuter la partie introductive par les attentes des Français donne la sensation que la recommandation est une réponse politique alors que le sujet se place dans l'essence même des pratiques professionnelles : sens et objectifs partagés que l'on exerce en établissement de santé, en structure médico-sociale ou sociale. Il manque probablement une introduction des concepts scientifiques du <i>care</i> et de l'accompagnement éducatif. L'OMS en fait d'ailleurs l'une de ses priorités. Le contexte contraint de notre système de santé et d'accompagnement renforce les inquiétudes des Français et nécessite d'outiller davantage les établissements et professionnels à introduire la promotion de la bientraitance et la lutte contre les maltraitances comme des dimensions intrinsèques au fonctionnement de la structure. Dans le titre du guide, privilégier « promotion de la bientraitance » plutôt que bientraitance. La promotion reste la démarche mouvante de mise en œuvre pour tendre vers la bientraitance et lutter contre les maltraitances. Le guide ne répond pas à ce qu'est la bientraitance ou la maltraitance mais donne plutôt des repères pour promouvoir la bientraitance et lutter contre les maltraitances. Enjeux : les enjeux qualité et de sécurité des soins sont traduits dans les attendus de la certification et l'évaluation des ESSMS mais ne sont pas des enjeux de qualité et de sécurité des soins : ils ne sont qu'un moyen pour les évaluer.
Expert 24	- Au début de l'introduction : cinquième retrait à la ligne ajouter « grand âge » à la place « d'âge » pour reprendre ce qui est dit plus loin. - Juste avant contexte : la parenthèse de la phrase : ajouter risque suicidaire, dépression et troubles anxieux si l'on souhaite être précis. - Dans les enjeux : dans santé publique et vieillissement : ajouter le contexte de l'entrée dans la transition démographique avec à partir de 2027 une augmentation forte et constante du nombre de Français de plus de 80 ans et d'une même proportion de personnes fragiles et dépendantes (par ex. doublement des maladies d'Alzheimer et des maladies apparentées dans la population française dans les 15 prochaines années).
Expert 25	L'index en fin de page 7 fait référence à la définition page 10. Il serait intéressant de mentionner la page. Les origines de la maltraitance sont multiples (institutionnelles, entourage, ou intervenants...). Est-il possible de préciser que ce guide a vocation à se limiter aux intervenants afin de ne pas stigmatiser la maltraitance uniquement aux professionnels ?

Expert 26	Les interventions des équipes de services et de soins à domicile seront-elles traitées dans une autre RBPP ? Ce sont des services qui côtoient des personnes en situation de vulnérabilité. D'autant qu'ils sont également concernés par le référentiel d'évaluation de la qualité.
Expert 29	Bien préciser que 1. Bientraitance n'est pas le contraire de maltraitance quitte à repréciser les deux définitions 2. La maltraitance en établissement n'est pas la plus fréquente (elle a lieu à domicile) cf. les données de ALMA 2021
Expert 31	Je ne comprends pas pourquoi la cible des services de soins à domicile n'est pas intégrée.
Expert 33	Page 7 « Professionnels concernés Les recommandations de bonnes pratiques ciblent les professionnels exerçant en établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux (gouvernance, cadres, personnel administratif, technique, médical, paramédical, travailleurs sociaux) 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. » Dans l'énoncé des personnels il semble manquer les personnels éducatifs (éducateur spé., moniteur éducateur, AMP), à moins que travailleurs sociaux englobe aussi ces professionnels
Expert 35	Dans la partie « professionnels concernés », je rajouterais les agents hôteliers et les cuisiniers.
Expert 36	aucune
Expert 38	"Français" prend une majuscule dans la 1° phrase. Dans 4° paragraphe, j'ajouterais relation « d'accompagnement », qui est le terme maintenant consacré pour les ESSMS. Je noterais que la notion de vulnérabilité n'est pas binaire mais peut plutôt être considérée sur un continuum (ex. : un patient par ailleurs en santé, opéré de la hanche à 50 ans, est sans doute vulnérable pdt son hospitalisation, mais de manière moins « aiguë » qu'une personne en situation de handicap psychique qui serait hospitalisée pour la même raison). Dans le contexte, sur le point RH, j'ajouterais l'absentéisme dans les problématiques. Et je remplacerais « accordée » par « vécue » derrière « perte de sens ». Au paragraphe suivant, « ainsi... » le verbe « peut » reste au singulier car le sujet est « la qualité des prestations ».

Démarche proposée par le guide : Cette partie vous paraît-elle utile ?

Valeur de cotation	Libellé
1	Pas du tout d'accord
9	Tout à fait d'accord
10	Je ne sais pas répondre

Valeurs manquantes : 1 ; Valeur minimum : 2 ; Valeur maximum : 9

Médiane : 9 ; Moyenne : 8,13

Distribution des réponses par cotation en nombre

Échelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	1	0	0	1	2	4	10	22	0

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Échelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	2.50	0.00	0.00	2.50	5.00	10.00	25.00	55.00	0.00

Expert	Commentaires
Expert 1	À mon sens cela peut être intégré dans l'introduction ou le sommaire
Expert 3	Paraît pratique pour l'utilisation du guide
Expert 5	Il serait intéressant de reprendre parmi les fiches pratiques la grille « d'auto- contrôle de mes pratiques professionnelles » délivrée par la HAS en 2012 pour faciliter la remise en question des pratiques.
Expert 8	Explicite et permet d'appréhender facilement les différents éléments composant l'outil.
Expert 10	Oui Il est pertinent de renvoyer dès le début du guide aux fiches pratiques.
Expert 12	Cette page est très utile et permet d'avoir un « plan » des objectifs et des solutions.
Expert 13	Il paraît essentiel d'affirmer que le dialogue est une des clés pour prévenir les conséquences connues des organisations de travail à double contrainte, comprendre et co-construire l'analyse de la réalité des faits (levier factuel soutenant les réactions d'adaptation des personnes en interaction)

Expert 14	il est énuméré des fiches « pratiques » qui sont dans le détail peut-être à revoir sur certains points et leur titre fiche 1 : qualification de la situation (pourquoi juste qualification ? ce n'est pas clair) fiche 2 : postures professionnelles (pourquoi juste postures et pourquoi pas « bonnes pratiques professionnelles » qui est plus juste que « postures » ?) mais au moins faire des titres clairs qui évitent de faire des sous-titres. fiche 3 : repérage des signes de maltraitance – même commentaire, aller jusqu'au bout de ce qu'on veut dire dans le titre
Expert 21	Discordance entre les titres des grilles dans le guide et dans les fiches, pourquoi ne pas reprendre les titres des fiches dans le guide ? Notion d'usager alors que dans le reste du document l'on parle de personne accueillie
Expert 23	Les utilisateurs vont avoir tendance à se focaliser sur les outils associés au guide. Il me semble préférable de positionner la fiche 6 en fiche 1.
Expert 24	Bon résumé qui permet au lecteur de se retrouver dans le document et de découvrir l'ensemble des fiches.
Expert 31	RAS => synthétique et facile dans la compréhension de la démarche
Expert 33	pas de commentaires
Expert 36	manque une fiche action établissement ciblant le rôle du management dans l'éviction de la malveillance et la promotion de la bientraitance
Expert 39	Qualifier plus précisément les fiches spécifiques : par exemple : « pratiques », « opérationnelles »....
Expert 40	Rajouter une FICHE 7 « Suis-je ou ai-je été non intentionnellement maltraitant ? »

1. Comprendre les concepts de maltraitance et de bientraitance

1.1. Reconnaître une situation de maltraitance

Le questionnaire (Schéma 1) proposé pour reconnaître une situation de maltraitance est-il clair ?

Valeur de cotation	Libellé
1	Pas du tout d'accord
9	Tout à fait d'accord
10	Je ne sais pas répondre

Valeurs manquantes : 0 ; Valeur minimum : 1 ; Valeur maximum : 9

Médiane : 8 ; Moyenne : 7,08

Distribution des réponses par cotation en nombre

Échelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	2	1	2	1	2	4	5	9	15	0

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Échelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	4.88	2.44	4.88	2.44	4.88	9.76	12.20	21.95	36.59	0.00

Expert	Commentaires
Expert 4	La position des bulles « non » induit des types de situations selon la question positionnée au-dessus ; or l'idée est plutôt de regrouper des exemples de situations en cas de réponse non à l'une ou l'autre des questions.
Expert 8	En fait il subsiste un doute à la lecture du seul schéma dans le guide : faut-il 4 oui pour qualifier la maltraitance ? Le doute est levé dans l'introduction en italique de la fiche associée « [...]Si la réponse aux quatre questions est positive, il peut s'agir d'une maltraitance[...] » Peut-être rappeler cela dans le corps de texte ou ajouter des petits + entre les oui (cf. doc joint)
Expert 9	Personnellement il m'a fallu un peu de temps pour le comprendre, mais <i>in fine</i> je l'ai compris. Je pense que la présentation sous forme de tableau aurait été plus simple pour ma part.

Expert 10	Le schéma est clair. Peut-être préciser que l'impact (question 4) n'est pas toujours visible/mesurable au premier abord.
Expert 11	Violence d'une personne accompagnée envers un professionnel non citée Schéma 1 Q1 la parenthèse « personne migrante en hébergement » est trop restrictive à un type de relations d'accompagnement La parenthèse « personne en relation avec le personnel en EHPAD » est trop restrictive à un type de relations d'établissement (le champ du handicap peut ne pas se reconnaître) Q4 pourquoi introduire des conséquences, qui ne sont pas dans la définition initiale de la maltraitance ? Si la personne estime n'avoir aucune conséquence (ou ne peut l'exprimer) alors qu'un acte répond à la définition légale de la maltraitance Q1 /Q2/Q3, cet acte ne serait donc pas qualifié de maltraitance ? De plus, le terme « notables » demande de qualifier, d'évaluer le degré de conséquences. Comment faire pour évaluer les conséquences psychologiques ? À partir de quand elles sont qualifiées de notables ? Il y a un risque de subjectivité de la part des personnes qui vont évaluer, notamment si la victime ne peut pas s'exprimer (polyhandicap par exemple) ou si elle n'a plus les capacités de s'en souvenir (Alzheimer par exemple) Et donc un risque est introduit de ne pas qualifier des situations de maltraitance qui en seraient
Expert 14	Je ne comprends pas le Q1 Si on retrouve quelqu'un avec une blessure à la tête dans un établissement et qu'on ne connaît pas, à première vue, la cause de cette blessure on doit cocher « non » en considérant que c'est un accident... et cela peut se répéter autant de fois qu'on veut sans déclencher une alerte de maltraitance. J'aurais modifié le Q1 en : la victime connaît-elle l'auteur des faits ? oui/non et les propositions qui sont dans l'autre colonne de la fiche. Cela permettrait d'avoir une trace et de prendre en compte un incident. De même dans le schéma, un accident sans auteur connu ne doit pas être laissé sans suite, mais avoir un suivi pour savoir si d'autres incidents surviennent ? à quel rythme ? etc. Ex. : une femme de 38 ans en FAM, TSA sévère, très vulnérable, non verbale, en trois mois, la famille et les équipes ont constaté des bleus, puis des morsures, puis une blessure à la tête nécessitant 22 points de suture... Les équipes ne bougeant pas, la famille a retiré la personne du foyer. Votre fiche ainsi rédigée ne permet pas non plus d'investiguer quand il n'y a pas d'auteur connu... et les établissements ne remplissent pas forcément « bien » les rapports d'incident et ne donnent pas suite. C'est le cas pour l'exemple cité.
Expert 15	Le schéma est clair et peut permettre aux professionnels d'analyser les faits de manière objective.
Expert 21	Pour le schéma, c'est étrange de mettre l'exemple (carré blanc) avant le questionnement (carré bleu)

Expert 23	Introduire la notion d'analyse systémique pour reconnaître une situation de maltraitance serait plus adapté ici même si cela doit renvoyer vers l'aspect technique d'analyse plus loin. En effet, il n'est assez explicitement mis en avant que les situations de maltraitance peuvent être qualifiées lors de l'analyse d'un évènement. La mise en sécurité des personnes reste une priorité mais le temps de l'analyse peut parfois être utile pour créer un climat favorable à l'analyse de la situation.
Expert 24	Une fois que le lecteur a lu toutes les cases oui
Expert 27	Ce schéma est très aidant car il reprend de façon claire les éléments essentiels de la définition. En revanche, l'intitulé gagnerait à être modifié. Remplacer « aide à la qualification » par « reconnaître une situation de maltraitance »
Expert 28	Il conviendrait, peut-être pas dans le schéma mais à un endroit de la recommandation, d'aborder la question de la maltraitance entre un proche aidant et une personne y compris dans un établissement.
Expert 31	Selon moi, il manque l'évènement qui va conduire au questionnement dans le schéma. Il semble nécessaire de faire apparaître ce dernier. Le bas du schéma avec d'un côté les situations de violences et de l'autre les signaux d'alerte est clair.
Expert 33	le schéma 1 est clair
Expert 34	bonne chronologie pour clarifier et comprendre une situation potentielle de maltraitance
Expert 35	Il y a trop de textes à lire. Dans les carrés blancs il conviendrait de remplacer Q1, Q2, etc., par situation 1, situation 2, etc., car il ne s'agit pas de questions. Les phrases sont complexes à comprendre et demandent d'être relues plusieurs fois. Les bulles « NON » ne sont pas évidentes à comprendre non plus dans leur lecture par rapport aux bulles « OUI ».
Expert 39	Titre : ajouter « les 4 questions à se poser » Cadres : à simplifier +++ : - cadre 1 « Type de relation » - cadre 2 « Type de vulnérabilité » - cadre 3 : Type de maltraitance ; citer les 7 types - cadre 4 : type de conséquences sur la personne = « Tenir compte du récit... »
Expert 40	Le schéma n'est pas clair du tout. Voir commentaires dans PJ

Avez-vous des commentaires, des modifications ou des précisions à apporter sur cette partie ?

Expert	Commentaires
Expert 1	Pour faciliter la lecture, il me semble qu'il serait plus lisible de positionner les questions en haut du schéma, puis en dessous l'explication (la partie précisant ce dont « il s'agit... »)
Expert 3	Les questions 1 et 2 pourraient être fusionnées puisqu'on déduit de la définition de la vulnérabilité (page 10) que la personne accueillie dans un établissement est déjà en situation de vulnérabilité, du fait de sa maladie, de son handicap, de son âge, de sa précarité...
Expert 4	pas d'option « non » pour les Q2 et Q3; clarifier si cumul ou 1 seule réponse « oui » induit une situation de maltraitance
Expert 5	Le schéma de repérage est très important et doit être le plus lisible possible. Or avec la mise en page proposée, le lecteur ne sait pas à quoi correspond la réponse « NON » à uniquement Q1, uniquement Q4 ? (améliorer le fléchage ?)
Expert 8	Non
Expert 12	schéma 1 pas très clair sur le Q1 personne en relation avec le personnel de l'EHPAD ?
Expert 16	Non.
Expert 18	Les encadrés bleus contenant les exemples ont une trop grande visibilité par rapport aux encadrés des questions (Q1, Q2, Q3 et Q4) qui sont plus importantes --> essayer de les insérer plutôt sous la question
Expert 19	1.1 Reconnaître une situation de maltraitance La maltraitance est à distinguer de la notion de violences quand il n'y a pas de relation d'aide entre la victime et l'auteur (exemples : violence entre deux personnes accompagnées, violence entre deux professionnels de l'établissement). La maltraitance implique qu'il y a une relation d'aide entre la victime et l'auteur. Cela distingue la maltraitance de la notion de violences (exemples : violence entre deux personnes accompagnées, violence entre deux professionnels de l'établissement). Remarques : * - quid de la définition de la violence, peut-être à compléter (cf. OMS https://www.inspq.qc.ca/en/node/10707) - quid du lien entre violences et maltraitance ; peut-être à renforcer - préciser quelque part qu'il peut y avoir en même temps une situation de maltraitance ET violence. Il existe sept types de maltraitance : physique, sexuelle, psychologique, matérielle et financière, négligences par abandons ou privations diverses, 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'un établissement médico-social, ou d'une institution ou d'un organisme gestionnaire, voire de restrictions ou dysfonctionnements au niveau des autorités de tutelle sur un territoire. 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 son aspect évolutif. Une fiche d'aide à la qualification d'une situation potentielle de maltraitance est associée à ce guide (Fiche 1 : QUALIFICATION qui détaille les éléments du schéma 1). Elle peut être utilisée à des visées d'auto-évaluation ou pédagogiques.
Expert 21	Dans le titre du guide on évoque la bientraitance puis la maltraitance, pourquoi ne pas garder cet ordre ? Comprendre et mettre en œuvre la bientraitance et ensuite reconnaître les situations de maltraitance. Les 2 lignes sur la vulnérabilité de la page 12 « 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 son aspect évolutif » seraient à mettre avec la définition de la vulnérabilité page 10.
Expert 22	définitions de maltraitance et vulnérabilité autoréférentielles
Expert 23	Introduire la notion d'analyse systémique pour reconnaître une situation de maltraitance serait plus adapté ici même si cela doit renvoyer vers l'aspect technique d'analyse plus loin. En effet, il n'est pas assez explicitement mis en avant que les situations de maltraitance peuvent être qualifiées lors de l'analyse d'un événement. La mise en sécurité des personnes reste une priorité mais le temps de l'analyse peut parfois être utile pour créer un climat favorable à l'analyse de la situation.
Expert 24	Oui, il faudrait diminuer le nombre d'informations écrites pour chaque question. Il est très complet mais visuellement il pourrait être encore plus clair. Sur le fond, très bien et très utile.
Expert 27	Page 12 et ailleurs dans le document, il est fait référence au terme « dépendance ». Le HCFEA milite pour l'éradication de ce terme dévalorisant et recommande l'utilisation du terme « aide à l'autonomie » (cf. doc joint).
Expert 29	il manque les situations qui ont provoqué le passage à l'acte par exemple événement imprévu... évoquer également les maltraitances entre résidents
Expert 30	La classification des maltraitances pourrait être améliorée. Il y a plusieurs manières de distinguer les maltraitances comme le dispose l'article L. 119-1 du CASF : selon leur origine (individuelle, collective, institutionnelle), leur forme (action ou omission) et l'atteinte qu'elles portent (atteintes à la personne, au corps, à la santé mentale ou aux biens).

	La classification proposée est « fourre-tout » et on a l'impression que les catégories sont exclusives les unes des autres. Or, par exemple, qu'elle soit physique ou psychologique, la maltraitance peut consister en une action ou une omission.
Expert 31	Dans la forme la partie haute du schéma est à revoir. Si on comprend la finalité avant la partie effective des questions en dessous la partie haute vient alourdir la lisibilité globale du schéma. Simplifier ou limiter le texte dans les cases de la partie haute ?
Expert 32	Remarque de forme : pourquoi ne pas noter la question Q1, Q2, Q3 et Q4 en premier et laisser l'encart explicatif au-dessous ? Cela apporterait de la lisibilité.
Expert 33	Pas de commentaires
Expert 36	aucun
Expert 38	non
Expert 39	Titre : ajouter « les 4 questions à se poser » Cadres : à simplifier +++ : - cadre 1 « Type de relation » - cadre 2 « Type de vulnérabilité » - cadre 3 : Type de maltraitance ; citer les 7 types - cadre 4 : type de conséquences sur la personne = « Tenir compte du récit... »

1.2. Comprendre et mettre en œuvre la bientraitance

Cette partie vous semble-t-elle claire ?

Valeur de cotation	Libellé
1	Pas du tout d'accord
9	Tout à fait d'accord
10	Je ne sais pas répondre

Valeurs manquantes : 1 ; Valeur minimum : 3 ; Valeur maximum : 9

Médiane : 8 ; Moyenne : 7,70

Distribution des réponses par cotation en nombre

Échelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	1	2	2	3	6	7	19	0

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Échelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	2.50	5.00	5.00	7.50	15.00	17.50	47.50	0.00

Expert	Commentaires
Expert 1	Je trouve que le format tableau sur la notion de bientraitance est plus difficile à lire et à s'approprier
Expert 3	Les illustrations apportées par les exemples facilitent la compréhension et la distinction entre les concepts de bientraitance et de bienveillance
Expert 5	Manque de lisibilité du schéma 2
Expert 8	Très explicite, l'exemple permettant de saisir la nuance entre bienveillance et bientraitance est bienvenu, idem pour le schéma
Expert 9	Je trouve intéressant d'avoir bien précisé les définitions de maltraitance et de vulnérabilité. Également d'avoir précisé les 7 types de maltraitance. Comprendre et mettre en œuvre la bientraitance : Je trouve très intéressant d'avoir expliqué ce qu'est la bientraitance, et d'avoir différencié la bientraitance de la bienveillance (les exemples cités dans le tableau 1 sont clairs et en tant que soignant ça nous parle).
Expert 10	Cette partie est très claire.

	Il est nécessaire, en tant que professionnel, de pouvoir prendre de la distance avec ses propres représentations pour s'adapter à chaque personne, sa problématique, et respecter son autonomie décisionnelle.
Expert 11	Le terme d'institution est obsolète, privilégier celui d'établissement ou de structure. Page 12 : la notion de bienveillance est introduite mais pas définie. Le schéma 2 arrive sans explications, un paragraphe introductif serait nécessaire (ou de transition avec la partie 1.2) ou chapitrer 1.3 avec un titre spécifique.
Expert 13	Il y a des situations où le professionnel peut agir de lui-même en rectifiant une attitude, un geste, une parole, une interaction... Il y en a d'autres où le professionnel est témoin. Le rôle du cadre de proximité pourrait être davantage mis en exergue. Le compagnonnage entre pairs est soutenant notamment dans l'aide à l'ajustement corporel, verbal et non verbal favorisant l'interaction avec la personne soignée.
Expert 14	2.11 : la place de la famille comme interlocuteur n'est pas décrite ici alors qu'essentielle quand la personne n'a pas le langage, ni la compréhension. Attention ceci ne veut pas dire que la personne « vulnérable » ne doit pas être présente dans toutes les discussions/réunions qui la concernent, bien au contraire mais que la famille doit également être là quand c'est nécessaire pour chaque étape : accueil, projet et suivi du projet individuel, pas seulement à la remise du livret d'accueil.
Expert 15	Il est très intéressant de préciser la distinction entre bienveillance et bientraitance. Le schéma 2 synthétise bien les interactions.
Expert 17	La bientraitance c'est la mise en œuvre des bonnes pratiques apprises en formation initiale et réactivées en formation continue. La bientraitance n'est pas le contraire de la maltraitance. On peut avoir suivi une formation à la bientraitance et devenir maltraitant. La promotion de la bientraitance ne doit pas cacher le risque toujours présent de dérapage vers une maltraitance qui fâche.
Expert 21	Intérêt du schéma 2 ?
Expert 26	Le schéma pourrait être plus clair et accessible à tous
Expert 28	Si la partie écrite est claire, je n'ai pas vraiment compris le schéma.
Expert 29	Mettre maltraitance et bientraitance dans le même lieu me gêne (cf. remarques antérieures)
Expert 31	Les exemples sont nécessaires et à propos. Ils participent à la bonne compréhension.
Expert 33	Pas de commentaires
Expert 38	Veiller à ce que les renvois bas de page et vers bibliographie soient distingués dans leur forme.
Expert 39	Je trouve que la définition choisie est pauvre. Tableau

	- « La bientraitance c'est » : mettre « le cœur de métier » en 3^e position de l'énumération (comme une conclusion évidente) - « La bientraitance consiste à » : le 4^e alinéa sur l'éthique ==> il faut un verbe (comme les autres). De plus, je verrais plus ce point dans la partie précédente (« la bientraitance c'est »)
Expert 40	Le schéma 2 n'est pas clair. Pourquoi gouvernance et environnement agissent-ils à l'intersection ? Les interactions sont plus nombreuses que semble le dire la figure.
Expert 41	On pourrait insister plus sur la bientraitance institutionnelle dans les exemples

Avez-vous des commentaires, des modifications ou des précisions à apporter sur cette partie ?

Expert	Commentaires
Expert 1	Ne pas exclure que la maltraitance peut également être intentionnellement causée par un professionnel malveillant (dans la dernière phrase de ce chapitre), je propose d'ajouter un mot dans cette formulation « la situation de maltraitance ne se réduit pas "forcément/ou systématiquement" à la responsabilité individuelle des professionnels... »
Expert 3	La formation professionnelle pourrait porter sur les spécificités du public et sur les enjeux de la bientraitance (notamment juridiques dans un contexte de judiciarisation)
Expert 5	Dans la structuration du guide, il paraîtrait logique de voir apparaître : 1) Maltraitance : définition 2) Maltraitance : repérage 3) Maltraitance : conduite à tenir face à une situation de maltraitance 4) Lutter contre la maltraitance - Prévention : comprendre et mettre en œuvre la bientraitance
Expert 8	Non
Expert 12	RAS
Expert 16	Non.
Expert 18	Le vocabulaire utilisé est spécifique au milieu sanitaire essentiellement. Dans les ESMS ou les ES, on parle plutôt d'arrivée ou d'accueil plutôt que d'entrée. Ainsi, on pourrait modifier la phrase : « Personnaliser l'accompagnement [...] attentes spécifiques dès le premier contact avec l'établissement. » Il peut être aussi pertinent de s'appuyer sur la pair-aidance pour améliorer l'accompagnement des personnes. Ainsi, la toute dernière phrase pourrait être modifiée : « Faire alliance avec les proches aidants [...] médiateurs sociaux, médiateurs santé pairs ou associations de pair-aidants, qui peuvent [...]. »
Expert 19	1.2. Comprendre et mettre en œuvre la bientraitance

	Dans le schéma 2, quid des autres protagonistes cités plus haut dans le texte et qui ne sont pas mentionnés (en plus de la structure elle-même), et qui peuvent être source de maltraitance : gestionnaire secteur PA et PH, voire autres instances ? Par exemple : restriction délibérée des apports/quantités en EHPAD pour les PA, dans un but économique, source d'une maltraitance institutionnelle : apports caloriques insuffisants et risques de dénutrition.
Expert 21	Tableau 1, la bientraitance consiste à, point 3, on peut mettre la référence (13). Pourquoi mettre des références en bas de page et pas dans les références biblio : ² Loi 2024-317 du 8 avril 2024 et référentiels certifié et crit 2.2.2 à 2.2.7 ESSMS)
Expert 22	Mériterait une approche un peu plus détaillée de ce que peut être la bientraitance au plan : - de l'organisation et du fonctionnement (y.c. encadrement de proximité) - de l'équipe de direction - de la gouvernance et du niveau établissement - du niveau groupe si groupe Sujet : couple confiance/loyauté (de la structure) et pas seulement confiance de l'utilisateur
Expert 24	Page 13, il serait bon de rappeler que les droits fondamentaux sont garantis par la constitution pour donner plus de poids et de solennité
Expert 25	La phrase « Une personne conserve son autonomie décisionnelle même si elle est dépendante* ou protégée juridiquement » est importante et pourrait être soulignée ou en caractère gras
Expert 27	Le schéma 2 page 14 n'est pas très clair et à mon sens il n'illustre pas vraiment le propos. On voit les parties prenantes du système mais pas vraiment les interactions.
Expert 31	Le schéma 2 => idem / Il manque l'évènement à mon sens. Entre bientraitance et maltraitance ?
Expert 32	Les exemples sont de très bons apports illustrant bien les définitions.
Expert 33	Pas de commentaires
Expert 35	tableau 1 : => « Le cœur de métier même des professions de santé et sociales » : je retirerais le mot « même » => « Une composante 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) » : je rajouterais « à part entière » après « composante » => « Personnaliser l'accompagnement en co-repérant les besoins... » : je remplacerais « co-repérant » par simplement « repérant » => « Quelquefois, l'excès de bienveillance peut aller à l'encontre de l'autonomie* » : la formulation « excès de bienveillance » est curieuse et inhabituelle - la différence entre bienveillance et bientraitance n'est pas suffisamment expliquée pour moi

	=> « 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 et de recourir à un questionnement éthique » : je modifierais en « équipe pluridisciplinaire ». => « (Ne pas refuser l'aide des proches aidants ou des bénévoles, et considérer leurs expertises et observations). » : je rajouterais le mot « expériences » en plus d'expertises. - Je rajouterais un paragraphe sur l'usage des téléphones portables et de l'impact que leur usage peut avoir dans la relation de soins. En effet, nombre de soignants les ont sur eux et les consultent, ce qui crée des situations où le soignant est « à côté » mais pas « avec » la personne dont il s'occupe - le schéma 2 n'est pas clair
Expert 36	peut-être de la même manière que le chapitre maltraitance présenter sous forme d'un schéma les différents pans de la bientraitance cités dans le texte
Expert 38	non
Expert 39	Je trouve que la définition choisie est pauvre. Tableau - « La bientraitance c'est » : mettre « le cœur de métier » en 3^e position de l'énumération (comme une conclusion évidente) - « La bientraitance consiste à » : le 4^e alinéa sur l'éthique ==> il faut un verbe (comme les autres). De plus, je verrais plus ce point dans la partie précédente (« la bientraitance c'est »)

2. Principes de mise en œuvre

Les principes vous semblent-ils pertinents en pratique ?

Valeur de cotation	Libellé
1	Pas du tout d'accord
9	Tout à fait d'accord
10	Je ne sais pas répondre

Valeurs manquantes : 0 ; Valeur minimum : 4 ; Valeur maximum : 9

Médiane : 8 ; Moyenne : 7,79

Distribution des réponses par cotation en nombre

Échelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	2	0	4	9	10	16	0

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Échelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	4.88	0.00	9.76	21.95	24.39	39.02	0.00

Expert	Commentaires
Expert 1	très pertinent mais j'ai des craintes quant à la faisabilité notamment dans les ESMS
Expert 8	Les principes sont lisiblement et synthétiquement énoncés, <i>a priori</i> cela semble facile pour que les professionnels de terrain se les approprient. Ils sont par ailleurs complètement raccord avec le référentiel HAS pour l'évaluation des ESMS donc pourront constituer aussi un point d'appui pour les plans d'action à mettre en œuvre sur cette thématique.
Expert 9	Bien évidemment ces principes sont très bien, c'est un idéal à atteindre, c'est exactement comme cela que ça doit fonctionner. Cependant il est important de préciser qu'en raison du manque de moyens, notamment en EHPAD (souvent 1 aide-soignant qui prend en charge plus de 10 à 15 résidents souvent très dépendants), il est difficile d'appliquer de façon correcte toutes ces mesures. Il serait nécessaire et urgent que les ARS revoient les ratios (soignant/résidents) et augmentent de façon significative les effectifs d'aides-soignants dans ces structures (dans l'idéal, le ratio devrait être 1 aide-soignant pour 6 à 7 résidents maximum). Je reste persuadée que ces structures

	auraient beaucoup moins de problèmes pour recruter et fidéliser les aides-soignants si ces derniers avaient des conditions d'exercice et de travail acceptables, si eux-mêmes étaient mieux traités et considérés par les institutions. C'est précisément pour cela que les aides-soignants ne restent pas dans ces structures.
Expert 10	Oui, importance de l'auto-détermination, du pouvoir d'agir
Expert 11	Quel financement des actions de formation continue sur le sujet ? Cela ajoute une gestion des temps des professionnels alors que le secteur rencontre des difficultés de recrutement importantes. La faisabilité semble difficile. 2.3.3 binômes de personnes référentes, par établissement : peu réaliste et peu réalisable (ESMS de petite capacité par exemple) dont l'un est joignable en permanence, cela suppose des coûts d'astreinte, financés ? Il vaudrait mieux laisser l'appréciation de l'organisation des référents à l'organisme gestionnaire (il n'y a pas un responsable qualité par établissement non plus). 2.3.5 La modalité de sensibilisation choisie (un RDV annuel) n'est pas la plus pertinente en fonction de l'historique des actions menées par l'organisme gestionnaire et de son choix de communication/fonctionnement. La sensibilisation régulière peut être inscrite de façon générale. Il aurait été important d'inscrire la culture juste dans le titre du 2.3.5.
Expert 14	Sur le point 2.3.3. Identifier deux personnes référentes... s'assurer de leur indépendance vis-à-vis de la direction et de la gouvernance afin de leur permettre un exercice en toute impartialité.
Expert 18	La division en 3 parties (personnes accueillies, professionnels, établissement) me semble très pertinente. C'est très cohérent et facilitant de retrouver ces 3 parties dans les chapitres suivants.
Expert 21	Sur le fond dans les chapitres professionnels et établissement on reste sur des principes généraux sans proposer de piste d'action ou des actions non réalisables (référents joignables en permanence) 2.3.2 : Formation initiale et continue, revue de pair, possibilité d'échanges avec d'autres référents dans d'autres établissements 2.3.4 : Exemple d'actions : accompagnement des nouveaux professionnels, parcours d'intégration, identification de référent ressource, privilégier les binômes, organisation des soins pour éviter les prises en charge complexes pour les intérimaires, support présentant l'organisation des soins (court, vidéo), référent RH auprès des organismes proposant les intérimaires 2.3.3 : joignable en permanence : non réalisable, dispositif d'alerte à identifier Référent maltraitance ou bientraitance pas les deux : bientraitance. Ils sont les DISPOSITIFS de gestion et de signalement.
Expert 23	Dans le chapeau du chapitre sur les principes de mise en œuvre, le lien avec le plan de lutte contre les maltraitances ne me semble pas assez explicite. En pratique, les différents points retenus relèvent d'un plan de lutte contre les maltraitances et pas seulement dans le chapitre 2.3.1. Une annexe ou un schéma de type check-list pour constituer son plan de lutte contre les maltraitances serait utile et répondrait aux nombreuses questions que nous avons sur le sujet.

	Encart sur la culture du signalement. La littérature décrit bien cela comme le « silence organisationnel » et non comme établissement silencieux. Des références associées seraient utiles sur ce point.
Expert 25	2.1.1 La recherche de consentement doit être recherchée même lorsque la personne en est incapable et l'avis de la personne de confiance recueilli ? 2.3.1 Le questionnaire de l'enquête de satisfaction ne doit-il pas contenir un item sur la prévention de la maltraitance ? 2.3.3 Les personnes référentes peuvent-elles être en charge de recueillir les déclarations des fiches d'évènements indésirables et d'organiser une réflexion sur les mesures à prendre ?
Expert 26	Les encadrés sont pratiques pour mettre en lumière les points clés
Expert 27	Page 15 : « Les professionnels s'assurent de la compréhension des personnes accueillies de leurs droits lors d'un temps dédié prévu à cet effet. » Cela me semble peu applicable dans les faits. Cette mission pourrait incomber aux référents cités en 2.3.3. Si vous conservez cette formulation, pour qu'elle soit plus « applicable », peut-être ajouter « avec le soutien des personnes ressources désignées par l'établissement »
Expert 31	Un rappel synthétique sous format tableau pourrait être intéressant (3 colonnes : Personnes accueillies/Professionnels/établissement)
Expert 33	Page 15, même remarque sur énoncé professionnels concernés : Dans l'énoncé des personnels, il semble manquer les personnels éducatifs (éducateur spé., moniteur éducateur, AMP), à moins que travailleurs sociaux englobe aussi ces professionnels Page 17 La direction générale Préciser plutôt la direction de l'établissement, du service Dans la pratique terrain, la direction générale fait référence à entité gestionnaire Une proposition serait de préciser aussi comment prendre en compte au niveau gestionnaire (donc direction générale) la formalisation et le portage des actions mais cela reste selon les documents uniques de délégation (DUD) des directeurs de leur compétence de traiter ces sujets page 17 2.3.3. Identifier deux personnes référentes (personnes ressources) Sur les personnes référentes (personnes ressources) Sur la mutualisation possible entre plusieurs établissements, les groupes vont la positionner en dehors des personnes exerçant au sein de l'établissement ce qui est en contradiction avec la notion de ressources « joignables en permanence »

	Il existe (parfois) dans les ESMS des procédures de continuité de la fonction de direction, l'organisation d'une astreinte (avec des membres du comité de direction, assez hétérogène dans sa composition mais qui a le mérite d'exister) : ne serait-ce pas de leur rôle de répondre ? Page 17 2.3.4. Repérer les risques professionnels, organiser les ressources humaines, et assurer une qualité de vie au travail Une vigilance particulière est à avoir sur le bien-être et la qualité de vie au travail des professionnels. Sur la synthèse de la reco, je proposerais de rajouter : Selon des modalités qu'il appartient à l'établissement, au service de définir (identifiée pour exemple par le suivi d'un tableau de bord des indicateurs de turnover, d'arrêt de travail, de recours aux personnels remplaçants, DUERP mis à jour...)
Expert 34	Oui. car ils impliquent tous les secteurs professionnels (soignants et gouvernance).
Expert 38	Mentionner les personnes qualifiées pour les ESSMS (en plus du médiateur pour le sanitaire).
Expert 39	2.1.1. Insérer une réf. biblio sur la personne de confiance 2.2.2. Il manque la référence vidéo aux films réalisés par l'ORAQS (lauréat concours droit des usagers 2018 et utilisés dans le kit de formation en ligne du ministère) 2.3.3. Quelle faisabilité de l'identification d'un binôme de personnes référentes ?? Joignable en permanence ?? Quelle formation pour ces référents ? Est-ce un poste à part entière (on parle de « mutualisation inter-établissements ») ? Ça semble très difficilement réalisable... 2.3.5. Encadré : la phrase « Un établissement qui ne signale aucune situation de maltraitance peut être considéré comme un établissement à risques » est totalement incompréhensible. Il semble y avoir confusion entre « maltraitance » et « évènement indésirable » !!
Expert 40	Principes pertinents mais comment les mettre en œuvre à effectifs/coûts constants ou en baisse ?
Expert 41	Pourquoi introduire la notion de culture juste qui vient affaiblir le message de la culture du signalement ?

Avez-vous des commentaires, des modifications ou des précisions à apporter sur cette partie ?

Expert	Commentaires
Expert 1	Il pourrait être intéressant d'ajouter une fréquence à la réalisation de temps dédiés d'analyse des pratiques professionnelles ou d'instaurer un minimum de réunions d'échanges entre professionnels à organiser sur l'année Sur la partie 2.1.2, il est fait mention « d'un médiateur », il faudrait préciser de quoi il s'agit, est-ce le médiateur médical siégeant à la CDU dans les ETS ou un médiateur mobilisé par l'organisme gestionnaire ? Concernant l'identification de 2 personnes référentes, je m'interroge concernant le fait que « l'un des 2 doit être joignable en permanence », cela fait porter à ces 2 personnes des contraintes assez fortes en termes de temps de travail, de prise de congé en décalé, et de travail la nuit et le WE...

	Il me semble nécessaire de mieux préciser ce qui est attendu, car j'ai peur que les professionnels soient peu volontaires, notamment en EHPAD. Dans le 2.3.5, si possible également de rappeler les textes réglementaires qui régissent l'obligation de signalement aux autorités administratives, par les ESMS et ETS.
Expert 3	Pour le titre 2.3.4. éviter le terme « risques professionnels » qui pourrait renvoyer au concept de « "risques socio-professionnels » encourus pour les professionnels. Comme défini par l'édition Lefebvre, un risque professionnel est la probabilité, pour un salarié exposé à une situation dangereuse lors de son activité professionnelle, de subir des effets nocifs pour sa santé physique et mentale. Préférer le terme « risque d'origine professionnelle ». Même remarque pour la partie 3.2.
Expert 4	Point 2.3.3 : je comprends l'utilité d'avoir des référents mais la notion de joignable en permanence me paraît excessive car elle induit et suppose une organisation adaptée (système d'astreinte => rémunération) et/ou un rôle de référent systématiquement porté par un cadre... ce qui n'est pas forcément souhaitable, et cela induit également des réponses immédiates or il existe déjà des CAT et/ou des procédures précisant cela. Point 2.3.5 : principes de culture juste ?? La notion de culture positive est plus dynamique et induit une progression.
Expert 5	Point 2.2 Il serait intéressant de proposer un auto-dépistage du risque de maltraitance en FALC ou format BD lors du recueil d'expérience des personnes accueillies (démarche préventive qui n'attend pas le signalement). Point 2.3.3 Il semble important de faire apparaître que les référents d'un établissement doivent être impérativement formés ; aucun salarié ne peut être joignable en permanence, il s'agirait plutôt de constituer une équipe représentative de l'établissement à type de comité (professionnels de santé, membre de la direction, qualité, agents administratifs, délégués du personnel) ; par ailleurs, les modalités de contact doivent garantir l'anonymat du déclarant et l'engagement de l'établissement à n'engager aucune mesure disciplinaire ou administrative envers le déclarant. Par ailleurs, pour renforcer la sécurité du salarié déclarant et la neutralité quant à la gestion du signalement, un comité inter-établissement serait sans doute plus judicieux notamment pour les établissements de santé qui selon le schéma 6 ne sont pas tenus de déclarer à l'ARS, CD ou DREET « les faits hors EIGS, crimes et délits ». Point 2.3.4 À la demande du Sénat en mars 2023, la HAS devait s'engager en 2024 à travailler sur les ratios soignants-patients pour toutes les disciplines médicales. Afin de lutter contre la maltraitance institutionnelle, il semble urgent de s'atteler à l'élaboration de ces ratios que ce soit dans les ES et/ou les EHPAD. Ci-joint mon mémoire « Promouvoir la lutte contre la maltraitance institutionnelle » (DU Promouvoir la bientraitance et lutter contre la maltraitance ; Dr Sophie Moulias) et le poster d'une étude pilote présenté au JASFGG 2023 ; cette étude pilote interroge des soignants des EHPAD et des USLD sur le nombre maximum de résidents qu'ils pensent pouvoir prendre en charge pour être bientraitants et satisfaits de leur travail.

	Point 2.3.5 Rappeler les éléments pour favoriser la culture du signalement : « objectivité », « anonymat et confidentialité », « efficacité ».
Expert 8	Non
Expert 9	Augmenter les ratios aides-soignants/résidents. Augmenter les budgets pour cela et surtout VÉRIFIER que les structures utilisent bien les budgets alloués pour le recrutement d'aides-soignants.
Expert 12	2.2.1 : je trouve très bien mais tellement compliqué à mettre en place 2.3.3 : 2 personnes cela semble peu (bien mais peu) car 1 personne toujours joignable, entre les repas, les congés, les arrêts Je pense 3 serait le minimum en équipe alternée
Expert 16	Non.
Expert 18	2.2 Professionnels 2.2.1 Former [...] « L'ensemble des professionnels [...] les travailleurs sociaux, la direction sont formés aux principes [...] » --> même remarque que précédemment : ne pas oublier les travailleurs sociaux (pas uniquement le milieu médical) 2.2.3 Agir en partenariat avec les proches aidants et les représentants des personnes accueillies (non applicable pour le secteur social) --> c'est applicable au secteur social car il existe des associations de pairs aidants (par exemple les ADEPAPE pour les personnes qui sont ou qui ont été accueillies en protection de l'enfance) qui peuvent être sollicitées pour soutenir les personnes accueillies souvent isolées et aussi pour travailler en partenariat avec les professionnels de l'établissement social ou médico-social (plus rarement avec les hôpitaux, mais pourquoi pas aussi si le patient a bénéficié d'une mesure de protection pendant sa minorité et/ou jusqu'à ses 21 ans).
Expert 19	2.1.1. Impliquer les personnes le plus souvent possible Il est demandé à la personne de communiquer ses besoins et attentes spécifiques, formalisés dans le projet personnalisé de soins (secteur sanitaire), projet de vie ou d'accompagnement personnalisé (secteur ESMSS) ainsi que les coordonnées de la personne de confiance dont le rôle est rappelé. Alternative Les besoins de la personne et ses attentes spécifiques seront systématiquement recherchés, formalisés dans le projet personnalisé de soins (secteur sanitaire – remarque : pourquoi se limiter au secteur sanitaire, quid ambulatoire ??), projet de vie ou d'accompagnement personnalisé (secteur ESMSS – remarque : ce sigle inclut établissements et services médico-sociaux, or il est mentionné en début du document que la reco ne concerne pas les services – clarifier SMS ou utiliser EANM et EAM) ainsi que les coordonnées de la personne de confiance dont le rôle est rappelé. 2.1.2. S'assurer de la compréhension de leurs droits Le livret d'accueil contient un encart spécifique rappelant les droits des usagers, les définitions, et numéros à contacter en cas de maltraitances (ex. : les représentants des usagers, la CDU, le

CVS, les PQ, les associations, le médiateur (15, 16), la plateforme 3977, les autorités de contrôle, etc.).

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

L'ensemble des professionnels administratifs, médico-techniques, de l'accueil, 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.

Remarque : quid d'exemples sur les besoins spécifiques de formation selon les spécificités des populations (démences, polyhandicap, autisme ; et modes de communication alternatifs par exemple) ?

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 régulièrement.

Ces temps dédiés d'analyse des pratiques professionnelles ont pour objectifs de permettre aux équipes de prendre du recul collectivement sur leurs pratiques, de libérer la parole pour résoudre des problématiques et les signaux d'alerte.

Les séances de retours d'expérience (ou RETEX) sur des situations de maltraitance survenues sont aussi l'occasion de réfléchir collectivement, afin de permettre un apprentissage des bonnes pratiques professionnelles et la mise en place de plans d'action en tenant compte des réalités du terrain.

Remarque : analyse des pratiques et RETEX sont à distinguer ; la méthodologie RETEX étant utilisée en particulier pour analyser un EI/EIG et définir un plan d'action.

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 QualiREL3 (7) (8) peuvent aussi être utilisés.

Des temps dédiés d'échanges et d'analyse des pratiques professionnelles sont organisés régulièrement. Remarque : phrase à remonter en tête de chapitre.

2.2.3. Agir en partenariat avec les proches aidants et les représentants des personnes accueillies (non applicable pour le secteur social)

Il convient d'associer les proches aidants et/ou les familles et les représentants des usagers le plus possible aux décisions et aux actions d'améliorations à prévoir.

Un recours éventuel à un médiateur (15, 16) est à envisager en cas de conflits entre l'établissement, le proche aidant et/ou la famille, les représentants des usagers ou la personne qualifiée.

Le médiateur est un tiers neutre jouant un rôle d'interface temporaire.

Communiquer et faire alliance avec les proches aidants et les représentants des usagers est fondamental pour améliorer la qualité du séjour.

2.3.1. Coordonner le déploiement de la bientraitance et la lutte contre la maltraitance en s'inscrivant dans la démarche qualité et de gestion des risques

	La coordination des actions de déploiement de la bientraitance et de lutte contre les situations de maltraitance permet de mettre en place une démarche préventive et s'inscrit dans les démarches qualité 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. 2.3.5. Promouvoir la culture du signalement, communiquer et organiser un RDV annuel « droits des usagers ou bientraitance/maltraitance » L'établissement met en place la culture du signalement, fondée sur les principes de la culture juste, et organise un rendez-vous annuel pour les équipes sur le sujet de la bientraitance et de la lutte contre la maltraitance. Remarque : clarifier ce que signifient dans le contexte de la reco les termes « culture juste ».
Expert 20	Identifier 2 personnes référentes risque d'être compliqué dans le contexte actuel surtout si pour les gros établissements cela s'ajoute en plus des missions des professionnels. Pour la promotion du signalement, ce n'est pas tout à fait la même chose de signaler un EI et une situation de maltraitance, il y a sans doute une culture spécifique à développer.
Expert 21	2.2.1 : dans la liste des professionnels, il manque l'éducatif (secteur handicap), l'entretien, la restauration 2.2.2 : Titre : prévoir c'est le rôle de la gouvernance, je mettrais IMPLICATION des professionnels dans des temps dédiés, la finalité c'est leur participation pas la programmation de libérer la parole pour résoudre des problématiques et DE DÉTECTER les signaux d'alerte apprentissage plutôt UN RAPPEL des bonnes pratiques professionnelles 2.2.3. Agir en partenariat avec les proches aidants et les représentants des personnes : pour ce point j'aurais différencié le proche aidant qui va être consulté pour son proche et les représentants (RU CVS) qui vont avoir un rôle plus institutionnel 2.3.1 : encadré : parenthèse en trop (18, (3, 19) 2.3.2 : la direction enlever GÉNÉRALE
Expert 22	cf. doc joint au §1 Ajout : L'établissement favorise les recrutements en CDI et met en place une politique de formation qualifiante et de valorisation des acquis de l'expérience permettant l'accès aux diplômes professionnels requis pour les prises en charge. Une vigilance particulière est à avoir sur la formation, le bien-être et la qualité de vie au travail des professionnels.
Expert 23	Dans le chapeau du chapitre sur les principes de mise en œuvre, le lien avec le plan de lutte contre les maltraitements ne me semble pas assez explicite. En pratique, les différents points retenus relèvent d'un plan de lutte contre les maltraitements et pas seulement dans le chapitre 2.3.1. Une annexe ou un schéma de type check-list pour constituer son plan de lutte contre les maltraitements serait utile et répondrait aux nombreuses questions que nous avons sur le sujet.

	Encart sur la culture du signalement. La littérature décrit bien cela comme le « silence organisationnel » et non comme établissement silencieux. Des références associées seraient utiles sur ce point.
Expert 24	Dans les droits : ajouter garantir l'accès digital des usagers du sanitaire et médico-social (organiser l'accompagnement des usagers) Dans la partie professionnels : ajouter après pièces de théâtre, jeux de rôle
Expert 27	Page 16 : 2.2.2. Prévoir des temps dédiés d'analyse des pratiques professionnelles : ici les GAPP et les RETEX sont confondus. Or, les GAPP doivent être menés par un tiers à l'institution alors que les RETEX sont menés par l'institution. Ce sont deux dynamiques différentes avec des enjeux distincts pour les professionnels et pour l'institution. Page 17 : « Une vigilance particulière est à avoir sur le bien-être et la qualité de vie au travail des professionnels. » Il faudrait ajouter ou préciser qu'une vigilance est à avoir quand la QVT est dégradée car cela a un impact sur l'accompagnement des personnes (c'est un signe d'alerte). Page 18 : 2.3.5 : je propose de modifier le titre pour mettre en exergue la promotion de la culture du signalement (ce qui figure dans l'encadré) et à titre seulement illustratif proposer un rdv annuel. En effet, cela peut être lourd à organiser pour les établissements (sur cette modalité-là, un peu « événementielle »). Ainsi promouvoir une réflexion au fil de l'eau via un comité ou un espace éthique pourrait être complémentaire à ce rdv annuel, voire tout à fait suffisant.
Expert 29	J'ajouterais « favoriser la supervision des situations par un professionnel extérieur à la structure (par exemple psychologue) afin d'assurer une objectivité des situations et des propositions »
Expert 30	On note qu'il y a peu d'informations sur le recours à la médiation dans le secteur SMS (hormis la médiation à la consommation). Une distinction est à faire avec la personne qualifiée qui demeure un outil de la loi 2002-2 méconnu. Quid de l'autorité extérieure qui doit être désignée dans le projet d'établissement ?
Expert 32	- 2.1.1 : « impliquer les personnes tout au long de leur séjour » (enlever « le plus souvent possible », qui peut laisser penser que cela est optionnel). - 2.1.2 : « s'assurer de la bonne compréhension des droits avec des outils d'aide à la communication si cela est nécessaire ». - 2.2.2 : Le chapitre donne l'impression qu'il faut faire de la formation sur la maltraitance essentiellement. Il est pourtant indispensable que les professionnels soient formés à toutes les RBPP en lien avec les besoins des personnes accompagnées (la non-formation des professionnels ou le non-respect des RBPP en lien avec les troubles des personnes accompagnées font le lit de la maltraitance).
Expert 33	Page 15 même remarque sur énoncé professionnels concernés : 2.2.1. Former en continu l'ensemble des professionnels de l'établissement L'ensemble des professionnels administratifs, médico-techniques, de l'accueil, 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.

	Dans l'énoncé des personnels, il semble manquer les personnels éducatifs (éducateur spé., moniteur éducateur, AMP), à moins que travailleurs sociaux englobe aussi ces professionnels.
Expert 35	=> la phrase « Les personnes et leurs proches aidants ou les bénévoles référents doivent être informés de leurs droits » n'est pas suffisamment claire selon moi. => dans le 2.2.1, les professionnels, les agents hôteliers et les professionnels des services de restauration ne sont pas inclus, c'est dommage. => 2.2.3 : de quelle manière les professionnels associent les aidants et les RU ? Donner des exemples => 2.3.2 : dans l'encart, je modifierais en mettant « dans le déploiement de la politique de la bientraitance... »
Expert 36	aucun
Expert 38	Dans l'encadré « rappel... », dans « autorités de contrôle », pas de S à contrôle selon moi.
Expert 39	2.1.1. Insérer une réf. biblio sur la personne de confiance 2.2.2. Il manque la référence vidéo aux films réalisés par l'ORAQS (lauréat concours droit des usagers 2018 et utilisés dans le kit de formation en ligne du ministère) 2.3.3. Quelle faisabilité de l'identification d'un binôme de personnes référentes ?? Joignable en permanence ?? Quelle formation pour ces référents ? Est-ce un poste à part entière (on parle de « mutualisation inter-établissements ») ? Ça semble très difficilement réalisable... 2.3.5. Encadré : la phrase « Un établissement qui ne signale aucune situation de maltraitance peut être considéré comme un établissement à risques » est totalement incompréhensible. Il semble y avoir confusion entre « maltraitance » et « évènement indésirable » !!

3. Prévenir et repérer la maltraitance

Cette partie vous paraît-elle utile ?

Valeur de cotation	Libellé
1	Pas du tout d'accord
9	Tout à fait d'accord
10	Je ne sais pas répondre

Valeurs manquantes : 0 ; Valeur minimum : 3 ; Valeur maximum : 9

Médiane : 9 ; Moyenne : 8,08

Distribution des réponses par cotation en nombre

Échelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	1	1	0	1	7	10	21	0

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Échelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	2.44	2.44	0.00	2.44	17.07	24.39	51.22	0.00

Expert	Commentaires
Expert 2	Le schéma est trop dense et confus. L'identification des différents contextes est une grille de lecture et peu opérationnelle. De plus, le rappel de texte de loi ne semble pas avoir sa place dans cet item. Prévenir la maltraitance fait pour moi de la mise en œuvre. Repérer la situation de maltraitance a été aussi abordé en début du guide.
Expert 3	Dans le titre, inverser les termes « prévenir » et « repérer » . Mettre l'article codifié plutôt que la loi (page 21) et pour les ESSMS, de quelle réglementation nationale et internationale approuvée par la France parle-t-on ? (page 22)
Expert 8	Oui, d'autant que la Fiche 3 permet un support à la mise en pratique du repérage.
Expert 11	Il n'y a pas d'outil proposé pour le diagnostic des risques pour sa formalisation, quelle forme doit-il prendre ? quel outil d'évaluation, de cotation ?

	Quelle est la finalité de ce diagnostic ? Doit-il faire l'objet d'une réévaluation (comme le DUERP), d'une communication aux professionnels, d'un plan d'action ?
Expert 14	Au schéma 3 : Facteurs de risques de la maltraitance en établissement dans les bulles liées à la gouvernance, il manque selon moi la notion de structure non adaptée qui est de la responsabilité de la gouvernance et qu'aucune équipe, la meilleure soit-elle, ne rendra tout à fait bientraitante si dans sa conception cette structure est inadaptée et maltraitante dans son organisation spatiale et logistique.
Expert 17	Bien insister sur le temps de la toilette, moment à grand risque de maltraitance avec soin de force surtout si personnel insuffisant et peu formé
Expert 20	Le schéma 3 n'est pas très lisible surtout une fois imprimé
Expert 23	Facteurs de risque de la maltraitance en établissement. Pour faire le lien avec l'approche systémique préconisée par la HAS sur la dynamique de survenue d'un évènement indésirable et faire le lien avec l'analyse d'un évènement indésirable, mettre les facteurs de risques au regard des facteurs contributifs de la méthode ALARM. L'ensemble des facteurs mentionnés dans le schéma 3 peuvent aisément être attribués aux facteurs contributifs ALARM et ainsi permettre à l'établissement de se questionner sur les barrières de sécurité manquantes dans sa démarche de prévention de la maltraitance. Ceci introduit aussi la fiche sur le REX pour démontrer qu'une situation de la maltraitance peut être qualifiée aux décours de l'analyse d'un évènement indésirable associé aux soins ou aux actes d'accompagnement.
Expert 28	La recommandation ne donne pas le sentiment d'aborder la question de la maltraitance dans le cadre d'une relation personne accompagnée/proche aidant. Or, cette question soulève bien des interrogations au sein des équipes sur comment intervenir dans ce cas.
Expert 29	Schéma un peu confus
Expert 31	Le schéma est particulièrement signifiant
Expert 33	Page 21/22 Par rapport à ce point de vigilance sur le recours aux contentions Le rappel des dispositions en matière de psychiatrie (qui sont les seules dispositions légales que nous avons aussi identifiées mais qui ne s'opposent pas aux ESMS de ce fait, c'est en tout cas ce que nous en avons déduit !) pourrait être précédé/complété des reco en matière de contention posée et des pratiques alternatives à avoir envisagées auparavant (cf. proposition ci-dessous) Par rapport à la prise en charge en EHPAD, le médecin mission a travaillé à rechercher des éléments extraits de ANSM 2020 et RBP soins en EHPAD 2007 (DGS/SFGG) Identifiant Les risques de la contention mécanique : - La lutte du patient contre la contention peut entraîner des blessures, aggraver les troubles psychiques et augmenter l'agitation du patient

	- L'immobilisation du patient en position de décubitus prolongé ou l'appui prolongé peut conduire à une perte musculaire, un risque d'escarres (cf. la conférence de consensus « Prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé » – HAS, novembre 2001), une constipation, une thrombophlébite, une inhalation par régurgitation, une déshydratation, une dénutrition, des troubles urinaires, des troubles respiratoires, des complications cardio-vasculaires, ostéo-articulaires et musculaires - Un mauvais positionnement prolongé pouvant entraîner des raideurs ou une perte de la mobilité articulaire - La vulnérabilité du patient contenu par rapport à un tiers et en cas d'incendie Et les principes de base : - Concertation pluridisciplinaire, après échec de toutes les autres alternatives - Caractère exceptionnel, limitation dans le temps - Observation du comportement du patient en amont tracée au dossier - Prescription médicale éclairée : type de contention, durée, période de la journée - Préservation de la dignité et intimité - Préservation du confort psychologique, sollicitation de la PA - Réévaluation régulière : évaluation bénéfices/risques, observation clinique et une surveillance rapprochée (prévenir des risques et vérifier le bon positionnement du dispositif médical). Surveillance programmée et transcrite dans le dossier Autre point de vigilance à identifier également : l'unité de vie protégée (UVP) Nous avons me semble-t-il besoin que soient précisés les risques de maltraitance de manière spécifique et liés au fonctionnement de cette unité sécurisée, avec restriction d'aller et de venir Il n'y a pas de texte hormis l'article L. 311-4-1 du Code de l'action sociale et des familles Cf. article repris ci-dessous : I.-Lorsqu'il est conclu dans un des établissements d'hébergement relevant du 6° du I de l'article L. 312-1, y compris ceux énumérés à l'article L. 342-1, le contrat de séjour peut comporter une annexe, dont le contenu et les modalités d'élaboration sont prévus par décret, qui définit les mesures prises...
Expert 34	INDISPENSABLE.
Expert 39	Schéma 3 : peu lisible, peu attirant
Expert 40	Oui, voir quelques commentaires dans PJ
Expert 41	Pour la partie contention, si la psychiatrie doit être signalée, il y a beaucoup d'autres endroits qui contentiennent sans isoler (ex. : sanitaire, comme la neurologie, mais aussi médico-social...), c'est un sujet qui touche les personnes ayant des troubles du comportement

Avez-vous des commentaires, des modifications ou des précisions à apporter sur cette partie ?

Expert	Commentaires
Expert 1	Concernant la contention, il pourrait être précisé que la contention, quelle soit physique ou chimique, n'est possible uniquement que sur prescription médicale (comme cela a été rappelé sur la partie psychiatrie)
Expert 2	Une lecture de grille simplifiée sans préconisation. Peut-être faut-il faire un dernier point à la fin sur ces rappels à la loi.
Expert 3	Revoir le schéma 3 peu compréhensible peut-être par l'ajout d'une légende couleur Attention au terme « patient » trop spécifique au secteur sanitaire <i>A contrario</i> , les tableaux 2/3/4/5 sont très instructifs et faciles de compréhension
Expert 4	Ne pas parler de victimes pour les personnes accueillies alors qu'on est sur des facteurs de risques => sinon professionnels = bourreaux ??, on catégorise déjà la personne accueillie en victime... Schéma : écriture en gris clair pas bien lisible ; tailles des bulles pas adaptées au contenu écrit ; chevauchement des bulles qui réduit la lisibilité Point 3.1 (p. 19), « ces » au lieu de « ses » devant facteurs de risques sont pré-identifiés
Expert 5	Schéma 3, améliorer la lisibilité
Expert 8	Le schéma 3 me semble indispensable mais est peu lisible tel que présenté dans le document, je me suis permis de le refaire via Xmind, je vous joins donc la proposition (fichier JPG) et vous mets aussi le fichier exploitable (le XMIND) dans ce logiciel open source très pratique pour la schématisation.
Expert 10	Quand l'institution devient maltraitante envers les professionnels (surcharge de travail, manque de personnel), il y a un risque accru que cela se répercute sur les personnes accompagnées. Les professionnels ne peuvent pas accompagner les personnes correctement : par ex., toilettes des personnes réalisées à la chaîne -> risque de déshumanisation mais également d'accident.
Expert 14	RETIRER page 21 et 22 ainsi que dans la fiche 3 le paragraphe sur la contention comme étant potentiellement une pratique ou RAPPELER QUE LA CONTENTION EN ESMS EST INTERDITE. La HAS a donné des RBPP en psychiatrie uniquement car l'isolement et la contention sont des restrictions aux libertés individuelles (article L. 311-3 du Code de la santé publique). C'est INTERDIT dans le médico-social. L'inscrire dans ce guide page 21 comme une pratique au même titre que la toilette et un temps de repas est valider le fait que cela puisse se pratiquer dans les établissements médico-sociaux, ou l'évoquer dans un paragraphe commençant par « recours abusifs à la contention et l'isolement » c'est donner l'autorisation d'une pratique INTERDITE. Que quelqu'un passe au feu rouge alors que c'est interdit est une prise de responsabilité par l'auteur de l'infraction. La

	contention et l'isolement sont des actes, hors psychiatrie dans un cadre précis, pénalement répréhensibles et donc délictueux. Donc il ne faut pas faire croire que cela peut se pratiquer. Ce qui est interdit est INTERDIT donc il ne doit pas y avoir de paragraphe dessus. Liens pour étayer, voir ci-dessous : https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974270/fr/isolement-contention-pratiques-de-dernier-recours https://consultation.avocat.fr/blog/marc-le-houerou/article-39830-l-usage-de-la-contention-dans-le-secteur-medico-social-n-est-pas-autorise.html#:~:text=Or%2C%20et%20pr%C3%A9cis%C3%A9ment%2C
Expert 16	Une remarque, sur la forme, quant au choix des couleurs : en effet, après impression du document, le texte, à l'intérieur des bulles n'est pas toujours facile à lire... et il peut être amené à sortir de celles-ci. Peut-être repenser la présentation, afin d'en faciliter la lecture ?
Expert 18	Dans le schéma 3, ne pas mettre en abrégé « tb » mais écrire « troubles » en toutes lettres. Dans le tableau 2, « (NA social) » signifie-t-il Non Applicable au social ? Dans le tableau 3, « Accueil de la personne en établissement, départ de la personne, retour après une absence [...] » Tableau 3 encore, en secteur social, « les fins de journée, les périodes festives, les dates significatives (anniversaires, date décès familial...) » Tableau 4, rajouter dans les signaux d'alerte liés aux professionnels l'absentéisme accru Tableau 5, rajouter dans les signaux d'alerte liés à l'établissement l'absence ou l'obsolescence du projet d'établissement
Expert 19	3. Prévenir et repérer la maltraitance Remarque : Schéma 3, améliorer la lisibilité des items, typo peu lisible, préférer le noir Usager : problème de compréhension (troubles cognitifs) Management : abs de personne ressource (pas de direction par ex.) Professionnels : clarifier l'item pb de santé ; pb de comportement ; perte de sens et éthique de l'accompagnement des personnes vulnérables
Expert 20	Sur le paragraphe concernant la contention et l'isolement, l'exemple concernant la psychiatrie me paraît peu pertinent.
Expert 21	SCHÉMA 3 Améliorer le visuel ++++ Ajouter pour les professionnels le glissement de tâche, je mettrais perte de sens dans une bulle dédiée Proche « attente > », que veut dire « > »

	Il manque une partie sur l'établissement : environnement, lieu de vie, de soin ne permettant pas le respect de l'intimité, l'hygiène et la sécurité Tableau 3, ajout changement d'équipe. Dans la seconde partie, on mélange des temps comme attendu dans le titre et des situations (douleur). Mettre toilette (et plutôt soins d'hygiène) et le temps de repas à la suite (pas après la fin de vie) Pourquoi période festive dans le social ? Tableau 5 : en gériatrie, modes d'accueil UVP, UHR, UCC avec restriction de liberté Ajout des défauts d'entretien et de maintenance Encadré page 23 : - Difficultés de régulation de violences ou négligences subies par les personnes en situation de vulnérabilité : négligence et violence sont deux notions différentes, je ferais deux points en insistant sur ce qu'est la violence (qui n'est pas dans le périmètre du document) - Un cadre de vie inadapté, des insuffisances en matière d'hygiène, DE SANTÉ et/ou de sécurité : insuffisance en santé ??? j'enlèverais santé
Expert 22	Quels sont les « principes de la culture juste » ? J'ai du mal avec l'usage systématique du terme « victime », cf. commentaires dans texte relu joint = victime implique la validation d'un préjudice ressenti ou réel. Ajout des points d'alerte suivants : Réponses aux appels malade et capacité de l'institution à les tracer et à les analyser Maintien de la vie de relation, y compris par l'accès à l'information et l'usage des outils numériques Surveillance et correction de la dénutrition Traçabilité effective des soins
Expert 23	Facteurs de risque de la maltraitance en établissement. Pour faire le lien avec l'approche systémique préconisée par la HAS sur la dynamique de survenue d'un événement indésirable et faire le lien avec l'analyse d'un événement indésirable, mettre les facteurs de risques au regard des facteurs contributifs de la méthode ALARM. L'ensemble des facteurs mentionnés dans le schéma 3 peuvent aisément être attribués aux facteurs contributifs ALARM et ainsi permettre à l'établissement de se questionner sur les barrières de sécurité manquantes dans sa démarche de prévention de la maltraitance. Ceci introduit aussi la fiche sur le REX pour démontrer qu'une situation de la maltraitance peut être qualifiée aux décours de l'analyse d'un événement indésirable associé aux soins ou aux actes d'accompagnement.
Expert 24	- Schéma 3 : peu lisible, approximatif et parfois incohérent (ex. : TB comportement des professionnels...) - PAGE 23 : ajouter dans les risques liés aux pratiques managériales le recours fréquent à l'intérim (situation à considérer comme à haut risque)
Expert 25	Schéma 3 :

	Est-il possible de modifier la couleur de la police ? les bulles sont difficilement lisibles pour certaines. Tableau 4 : Il est fait référence aux usages en psychiatrie. Est-il possible de l'étendre aux EMSS avec un rappel sur la prescription obligatoire, limitation dans le temps, réévaluation, inscription au PAP et réflexion collégiale ?
Expert 27	Page 19 : le schéma « facteurs de risque » pourrait gagner en lisibilité (modifier la couleur dans les bulles car le gris passe mal à l'impression, enlever les abréviations (ex. : « tb communication » => trouble de la communication). Dans la bulle « personne », supprimer le mot « patient » => il s'agit de la personne concernée, qu'elle soit patiente ou non. Page 20 : tableau « synthèse des facteurs de risques et signaux faibles » : l'indicateur « cumul des situations » n'est pas clair pour moi. Page 21 : « 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 » => de même, les GAPP et les transmissions sont des temps distincts. L'encadrement (qui fait partie du système) ne peut pas faire de l'analyse de la pratique. La phrase « Il met en place des actions préventives » est notée de façon isolée, sans exemple. Il vaut mieux la supprimer car sans plus d'étayage, cela n'est pas aidant. Page 22, dans le tableau 5, parmi les facteurs de risques, il faudrait ajouter « les conflits interpersonnels au sein d'une équipe » car cela peut jouer considérablement sur les prises en charge, les transmissions, la capacité à aborder ensemble des difficultés, etc. Toujours dans ce tableau, dans les signaux d'alerte, il faudrait ajouter « l'absence de réponse, le silence de l'institution lorsqu'une suspicion de maltraitance lui est communiquée ».
Expert 29	repérage, ajouter si possible pour patients : risques : usage de toxiques dont alcool ; antécédents de violences intrafamiliales connus ; troubles psychiatriques non stabilisés, troubles neurocognitifs majeurs (maladie d'Alzheimer et apparentées) Pour aidants : risques prise de toxiques ; pathologie psychiatrique non stabilisée, antécédents de violences intrafamiliales
Expert 30	formulation de phrase page 23 : « Un déséquilibre flagrant entre l'importance accordée aux impératifs collectifs et institutionnels au détriment du respect des libertés individuelles » entre/au détriment du
Expert 31	Le contenu des tableaux 2, 3, 4 et 5 est peu éclairant à la lecture pour ma part. Le format m'apparaît cette fois-ci (tableau) peu adéquat. La mobilisation d'exemples ne serait-elle pas plus signifiante et illustrante ?
Expert 32	Tableau 4 : même remarque que dans la réponse 9 -> être plus explicite dans les signaux d'alerte liés aux professionnels : « non-respect des recommandations de bonnes pratiques professionnelles »

Point de vigilance : le recours abusif à la contention et l'isolement

Le recours abusif à la contention et l'isolement constitue une situation de maltraitance.

Pour rappel, ces pratiques ne sont à prescrire qu'en dernier recours. Elles sont très encadrées par des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et la réglementation nationale (loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016). Le recours à la contention a des conséquences délétères sur la personne accueillie en établissement. Les pratiques de contention ou entravant la liberté de mouvement, ou de circulation des personnes et d'isolement sont très encadrées en psychiatrie.

En psychiatrie, « l'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours, il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision d'un psychiatre, prise pour une durée limitée 5 ».

Ces pratiques sont strictement encadrées par une prescription médicale après un échange pluriprofessionnel et font l'objet d'une réévaluation régulière (Critère 1.2.06 du référentiel de certification des établissements (3, 24).

Par rapport à ce point de vigilance sur le recours aux contentions

Le rappel des dispositions en matière de psychiatrie (qui sont les seules dispositions légales que nous avons aussi identifiées mais qui ne s'opposent pas aux ESMS de ce fait, c'est en tout cas ce que nous en avons déduit !) pourrait être précédé/complété des reco en matière de contention posée et des pratiques alternatives à avoir envisagées auparavant (cf. proposition ci-dessous)

Par rapport à la prise en charge en EHPAD, le médecin mission a travaillé à rechercher des éléments extraits de

ANSM 2020 et RBP soins en EHPAD 2007 (DGS/SFGG)

Identifiant

Les risques de la contention mécanique :

- La lutte du patient contre la contention peut entraîner des blessures, aggraver les troubles psychiques et augmenter l'agitation du patient
- L'immobilisation du patient en position de décubitus prolongé ou l'appui prolongé peut conduire à une perte musculaire, un risque d'escarres (cf. la conférence de consensus « Prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé » – HAS, novembre 2001), une constipation, une thrombophlébite, une inhalation par régurgitation, une déshydratation, une dénutrition, des troubles urinaires, des troubles respiratoires, des complications cardio-vasculaires, ostéo-articulaires et musculaires
- Un mauvais positionnement prolongé pouvant entraîner des raideurs ou une perte de la mobilité articulaire;
- La vulnérabilité du patient contenu par rapport à un tiers et en cas d'incendie

Et les principes de base :

- Concertation pluridisciplinaire, après échec de toutes les autres alternatives
- Caractère exceptionnel, limitation dans le temps
- Observation du comportement du patient en amont tracée au dossier

	- Prescription médicale éclairée : type de contention, durée, période de la journée - Préservation de la dignité et intimité - Préservation du confort psychologique, sollicitation de la PA - Réévaluation régulière : évaluation bénéfices/risques, observation clinique et une surveillance rapprochée (prévenir des risques et vérifier le bon positionnement du dispositif médical). Surveillance programmée et transcrite dans le dossier Autre point de vigilance à identifier également : l'unité de vie protégée (UVP) Nous avons me semble-t-il besoin que soient précisés les risques de maltraitance de manière spécifique et liés au fonctionnement de cette unité sécurisée, avec restriction d'aller et de venir Il n'y a pas de texte hormis l'article L. 311-4-1 du Code de l'action sociale et des familles Cf. article repris ci-dessous : I.-Lorsqu'il est conclu dans un des établissements d'hébergement relevant du 6° du I de l'article L. 312-1, y compris ceux énumérés à l'article L. 342-1, le contrat de séjour peut comporter une annexe, dont le contenu et les modalités d'élaboration sont prévus par décret, qui définit les mesures...
Expert 35	- Schéma 3 : un peu brouillon à la lecture - Pourquoi parler de signaux « faibles » d'alerte et pas simplement de signes d'alerte ? (tableaux 2, 3, 4, 5) - Dans le tableau 5, je rajouterais dans les facteurs de risques le risque financier Page 23, dans l'encart sur la maltraitance institutionnelle, je rajouterais un tiret : « une perte de sens dans la pratique du soin et une insuffisance de temps de régulation, notamment sur les questions éthiques »
Expert 36	manque un point 2.1.3 : promouvoir l'expression de patients à ce sujet
Expert 38	Pour moi, c'est la partie la plus difficile à mettre en œuvre. Peut-être serait-il utile de citer la cartographie des risques de maltraitance comme outil pour établir son plan de prévention de la maltraitance (en ESSMS) ? Le schéma 3 gagnerait à être revu pour plus de lisibilité.
Expert 39	Schéma 3 : peu lisible, peu attirant

4. Traiter les signaux de maltraitance

Cette partie vous paraît-elle pertinente ?

Valeur de cotation	Libellé
1	Pas du tout d'accord
9	Tout à fait d'accord
10	Je ne sais pas répondre

Valeurs manquantes : 1 ; Valeur minimum : 1 ; Valeur maximum : 9

Médiane : 9 ; Moyenne : 7,85

Distribution des réponses par cotation en nombre

Échelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	1	2	0	1	6	7	22	0

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Échelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	2.50	0.00	2.50	5.00	0.00	2.50	15.00	17.50	55.00	0.00

Expert	Commentaires
Expert 2	Le schéma des démarches à effectuer est pertinent. Ainsi que les mesures correctives à mettre en œuvre en incluant la gouvernance.
Expert 3	Très bon mode d'emploi
Expert 8	Tout aussi claire et facile de lecture que les autres parties.
Expert 9	Il faudrait également penser à protéger le soignant ou l'agent qui déclare ou dénonce une situation de maltraitance. Hélas il y a souvent des pressions qui sont faites par l'encadrement, l'encadrement supérieur et les directions qui appliquent la politique du « pas de vague ». Très souvent si ce n'est pas la personne victime elle-même ou ses proches qui signalent une situation, le professionnel hésitera à le faire pour ne pas avoir de « problème ». Ces agents peuvent se retrouver dans des situations où on les accuse de « mensonge », on les menace de « licenciement » ou autres sanctions, ils peuvent se retrouver avec toute une équipe à dos car ils pourraient être considérés comme des « traîtres ».

	Je suis persuadée que si l'on protégeait mieux les professionnels et leur parole, il y aurait certainement beaucoup plus de signalements.
Expert 10	Cette partie est tout à fait pertinente.
Expert 11	Le schéma 6 est très clair
Expert 14	Schéma 6 : Récapitulatif de la conduite à tenir selon le niveau de gravité de la situation Peut-être mettre en gras comme tous les autres caractères les démarches individuelles des professionnels vers la cellule de l'ARS (à mettre en gras également) ; ne pas minimiser cette action quand la hiérarchie ne réagit pas aux alertes de professionnels
Expert 15	Cela permet de mettre en avant les bonnes pratiques auprès des professionnels.
Expert 21	Problématique dans la chronologie détaillée dans l'encadré suivant mise en sécurité arrive tardivement parler de déclaration de l'EIGS dans l'analyse par les professionnels et non pas dans le chapitre 4.3 avec les deux autres dispositifs de signalement (ESMS et loi bien vieillir) Manque la partie du dépôt de plainte Vision floue des notions RETEX et CREX... Suite des remarques (plus de place dans le cadre d'après) : Page 31 schéma EIG mettre les bons termes du décret Orange déclaration ESMS on n'en parle pas avant (remarques faites) Intégrer la nouvelle cellule régionale (voire départementale) pour orange et rouge ou est-ce ARS ? Dépôt de plainte de la victime pour la partie orange CREX alors que RETEX si on veut être cohérent retour d'info CREX Biblio Date de la réf. 13 : 2023 et non pas 2028
Expert 22	Manque un peu de spécificité sur la manière de traiter les situations susceptibles de relever du registre de la maltraitance Trop copié-collé du kit EIG
Expert 23	4.2.2 Instaurer des retours d'expérience à distance de l'évènement « Pour les autres signaux de gravité moindre, un RETEX est à conduire au cours d'une des 4 réunions de RETEX planifiées à cet effet » : Ce n'est pas la gravité qui doit conduire à la mobilisation de la méthode mais bien son potentiel d'amélioration. Inciter à ne le faire que pour les EIGS graves contribuera à ne pas se saisir des signaux faibles. Pourquoi 4 réunions de RETEX ? Le RETEX est la démarche d'analyse et non une réunion. À ma connaissance, aucun texte n'indique une périodicité de 4 RETEX, c'est l'intégration dans les pratiques d'amélioration continue qui permet une rythmicité régulière, elle peut être de 3-4, voire 10 réunions annuelles.

	Cette partie est trop détaillée et devrait renvoyer vers le guide HAS-FORAP uniquement pour éviter des erreurs de sémantique et de concept de la démarche : utilisation du terme RETEX pour une réunion, mention de la REMED alors que son approche est davantage centrée sur le produit et l'erreur, nombre de rencontres, etc. 4.2.3 Illustrations et retour d'expérience La fiche FORAP devrait être introduite comme un EIAS dont l'analyse a mis en exergue une situation de maltraitance pour démontrer que les situations ne sont pas toujours explicites en première intention et que seule une analyse systémique prenant en compte le prisme de la vulnérabilité et du risque de maltraitance permet de mettre en place des actions et barrières appropriées.
Expert 27	Les pistes sont intéressantes mais les RETEX sont lourds à mettre en œuvre. Le fait de normer le nombre de RETEX (4 par an) me semble peu applicable surtout si en parallèle il existe d'autres dynamiques en cours (comité éthique ou autre).
Expert 31	Le schéma 5 synthétise parfaitement la démarche et le propos lu. Les rappels « cas spécifiques » particulièrement pertinents dans cette partie. C'est facilitateur de la compréhension de la démarche et du processus.
Expert 33	Je trouve ce paragraphe peu précis sur les différents circuits de signalement (EIGS ou EIG) ainsi que sur ce qui est du traitement de la situation en elle-même : il y est évoqué RETEX mais qu'en est-il du traitement mesure immédiate de préservation de la personne accueillie et de sanction possible à prendre auprès des professionnels le cas échéant ?
Expert 34	OUI, car il vaut mieux agir dès les premiers signaux plutôt que d'en arriver à une situation plus grave.
Expert 38	Peut-être serait-il également utile de citer les cas où le Procureur doit être saisi (par le gestionnaire) et rappeler le rôle du lanceur d'alerte (professionnel), avec affichage obligatoire par l'employeur.
Expert 39	4.1 : - personne qualifiée apparaît dans les coordonnées internes - mauvaise position de « la procédure de réclamation & plainte... » dans les coordonnées externes 4.2 - point 1 : Alerter la hiérarchie : manque de clarté des deux dernières phrases de ce paragraphe (« Les représentations personnelles... sources d'informations »). On ne comprend pas à qui elles s'adressent - point 4 : l'adjectif « immédiates » est-il pertinent, alors qu'on est à distance du constat de maltraitance ? 4.2.2 : RETEX. L'intro est beaucoup trop longue, on se perd à vouloir absolument confondre gestion EIAS et maltraitance (jusqu'à citer la méthode REMED !) - étape 1 : demander un planning annuel de 4 RETEX « maltraitance » est-il bien réaliste ? 4.2.3 : la phrase et l'encart sur les SRA pourraient être mis au 4.2.2. au niveau « Étape 2 du RETEX : analyse systémique.. » 4.3 : commencer le paragraphe par les 2 phrases en gras pour plus de clarté

	Schéma 6 : titres « Faits avérés qualifiés de graves* » et « Faits avérés » : plutôt que de parler de faits « moins graves »
Expert 41	Pour la personne accueillie, mettre en place une protection de la personne, c'est souvent ce point qui fait que la personne ne dit rien... la peur est un point important lorsque la personne est en situation de vulnérabilité

Avez-vous des commentaires, des modifications ou des précisions à apporter sur cette partie ?

Expert	Commentaires
Expert 1	Dans le 4.1, préférer si possible le terme de « réclamation » à celui de « plainte » qui peut porter à confusion auprès des usagers (ne pas assimiler une réclamation à un dépôt de plainte juridique) Déplacer dans la partie « coordonnées internes à l'établissement » « la procédure de réclamation inscrite dans le livret d'accueil » qui a été mise dans « coordonnées externes » Je pense qu'il faudrait rappeler que les déclarations d'EI/G/AS réalisées auprès des autorités sont anonymisées
Expert 4	La méthode RETEX est très détaillée ; la systématisation des RETEX à 4 réunions planifiées est contraignante, faire ressortir davantage le co-portage par une instance existante (COPIL qualité par exemple)
Expert 5	Point 4.1 Comment accompagner une personne qui serait victime de maltraitance ? Intervention de psychologues propres ou extérieurs à l'établissement ou d'une cellule d'écoute ? Il serait intéressant de détailler l'accompagnement qui devrait être proposé aux personnes victimes de maltraitance tout comme une grille de surveillance pour évaluer et suivre dans le temps le retentissement. Comment mettre en sécurité la victime ? Comment mener une enquête après un signalement ? Quel mode opératoire à mettre en œuvre pourrait être proposé ? « Hormis les situations de maltraitance relevant d'une action juridique, la sanction disciplinaire n'est pas une réponse immédiate attendue. » Cette phrase devrait être reformulée ou retirée du guide pour les raisons suivantes : - ne pas tomber dans « la maltraitance ordinaire en toute impunité » ; - certes peuvent exister des facteurs favorisant mais nous ne pouvons ignorer la responsabilité individuelle ; lorsque la responsabilité institutionnelle est imputable, la sanction doit être partagée et non pas écartée ; - la gravité d'un fait de maltraitance est évaluée selon le retentissement sur la victime, cependant le retentissement n'est pas forcément simple à évaluer d'autant plus lorsque la personne est non communicante ; la maltraitance psychologique est-elle moins grave que la maltraitance physique ? En prenant l'exemple des violences gynécologiques et obstétricales, subies <i>a priori</i> par 20 à 60 % des femmes selon les études, quand les femmes réalisent avoir subi des violences, leurs plaintes ne font que trop rarement l'objet de sanction ; cette impunité contribue à un maintien des mauvaises pratiques professionnelles et pire chez la femme à un renoncement aux soins. Le Dr Amina Yamgane explique dans son ouvrage « Prendre soin des femmes » que la majorité des

	professionnels sont maltraitants sans intention de l'être, « reproduisant une culture paternaliste, misogyne et inféodée d'habitus et de gestes techniques » ; - tout acte de maltraitance envers les animaux, de la négligence à la cruauté, est punissable par la loi et fait l'objet de sanction au minimum à type d'amende : peut-on en attendre moins envers des êtres humains vulnérables ? Outre formation et sensibilisation continues, seule la sanction me semble assez dissuasive pour éviter des faits de maltraitance délibérés et répétés ou « maltraitance ordinaire ». Quelle typologie de sanction ? Nous ne pouvons ignorer qu'historiquement lorsqu'un professionnel pose des problèmes dans son service, notamment dans les ES publics, il est transféré dans un autre service et souvent, ce transfert s'effectue vers les services de gériatrie. Dans le cas où il s'agit d'un établissement dédié à la gériatrie, le transfert s'effectue vers un autre service accueillant tout autant de personnes vulnérables. Le problème est donc déplacé et non réglé : cela devrait être strictement interdit. Le niveau des sanctions à l'encontre d'un professionnel pour des faits de maltraitance est laissé à la discrétion de la hiérarchie. Ne serait-il pas intéressant de travailler sur la typologie des sanctions qui devraient s'accompagner non seulement d'une formation obligatoire, mais aussi d'un accompagnement ciblé du professionnel pour lutter contre le risque de récurrence ou travailler sa réorientation professionnelle ? Un professionnel connu pour des faits de maltraitance peut-il continuer à travailler auprès de personnes vulnérables ? Comment accompagner une hiérarchie, une institution qui doit traiter des faits de maltraitance et qui subirait les pressions des syndicats invoquant systématiquement la maltraitance institutionnelle plutôt que la responsabilité individuelle ? Concernant les professionnels intérimaires, la hiérarchie peut considérer qu'en raison de faits de maltraitance, leurs missions ne seront pas reconduites mais qu'en est-il du signalement ? Comment travailler avec les agences d'intérim ?
Expert 8	Non
Expert 9	Faire en sorte que les organismes de tutelle (HAS, ARS...) prévoient des mesures visant à protéger les professionnels qui signalent des situations de maltraitance à leur encadrement.
Expert 14	3977 : numéro national dédié à lutter contre les maltraitances envers les personnes âgées et les adultes en situation de handicap. Je pense qu'il est important de dire (de décrire) ce qu'est ce numéro vert. Tout le monde ne connaît pas ce qu'il y a derrière un numéro vert. Dans les coordonnées externes, mettre le défenseur des droits et celles du commissariat ou de la gendarmerie et de la plateforme en ligne pour porter plainte.
Expert 16	Coconstruire plutôt que co construire, non, c'est plus correct sur le plan de l'orthographe ??
Expert 18	Page 29, attention aux abréviations liées au secteur sanitaire (EIGS : expliquer le sigle au moins une première fois). Idem pour la FORAP.
Expert 19	4. Traiter les signaux de maltraitance 4.2.2. Instaurer des retours d'expérience à distance de l'évènement

	La méthode ALARM constitue un outil privilégié pour analyser les causes profondes des situations de maltraitance (outil 1 du guide complet L'analyse des événements indésirables associés aux soins (EIAS). Mode d'emploi. (27)). Remarque : ALARM et RETEX : clarifier le lien ou compléter ; tous les ESMS ne connaissant pas les spécificités de ces deux approches. Les membres présents sont sensibilisés au RETEX pour que la réunion soit constructive. Remarques : clarifier le sens de cette phrase, et les attendus lors de la réunion RETEX, car dans ce paragraphe sont abordées des mesures préventives et correctives. Du coup cela donne une idée confuse des attendus lors de la procédure RETEX. D'une manière générale, il n'apparaît pas clairement dans le texte : - que la structure doit mettre en place systématiquement une instance « RETEX maltraitance » qui se réunira au minimum 4 fois par an, et plus si nécessaire ; - la distinction entre la mise en place de l'instance et l'analyse en 4 étapes d'un RETEX par cette instance. Distinguer de plus la mise en place de l'instance RETEX du phasage de l'analyse RETEX d'un EIG.
Expert 20	À noter qu'en établissement autorisé en psychiatrie on ne parle pas de PMSI mais de RIMP (p. 29)
Expert 21	4.1 coordonnées externes : fait référence à l'article L. 432-1 pour le recueil des signaux au niveau régional, la loi bien vieillir parle d'une cellule recueil au niveau DÉPARTEMENTAL : à ajouter ? Dépôt de plainte à aborder : Information, voire accompagnement de la victime sur les modalités de dépôt de plainte, ou dépôt de plainte par la direction. En cas de faits avérés, si des mesures de licenciement sont effectives et qu'il n'y a pas de dépôt de plainte, risque de licenciement abusif aux prud'hommes. Cela permet d'étayer la gravité des faits conduisant au licenciement. 1 Alerter la hiérarchie et les référents (circuit interne) : et prévoir un dispositif de recours si la direction est impliquée ou ne prend pas en compte l'alerte 2 Accompagner : écouter, dialoguer, rassurer, et MISE EN SÉCURITÉ DE LA VICTIME : Chapitre dédié avant sur la mise en sécurité qui est une priorité dans la chronologie. Si gardé dans ce paragraphe, à mettre en premier dans le titre. Le paragraphe décrit les actions pour les 3 premiers points mais rien pour la mise en sécurité qui peut être complexe. Le terme RASSURER me dérange, on parle d'un résultat, j'insisterais plutôt sur les actions qui ont été et vont être mises en place qui les rassureront ou pas. Je parlerais d'informer. J'ajouterais également l'engagement de la direction à mener une analyse et à être TRANSPARENTE envers la personne et ses proches en les tenant informés de l'évolution des démarches et des conclusions de l'analyse. 3 Analyser en équipe, croiser les regards : Pourquoi mettre la déclaration EIGS dans cette partie ? Pour mémoire, déclaration en 2 temps dont la première SANS DÉLAI, la suivante après l'analyse dans les 3 mois. Si l'on respecte la

	chronologie, le signalement doit figurer avant ce chapitre. Ou plus logiquement uniquement dans le chapitre suivant sur la déclaration externe avec la déclaration ESSMS et le nouveau dispositif de la loi bien vieillir. Point 5 : Dans l'immédiat, c'est surtout l'annonce, l'information des premiers éléments recueillis, des mesures immédiates prises, de l'éventuelle déclaration aux autorités de tutelle et l'information d'une analyse des causes. « modalités de réparation du préjudice (direction : reconnaissance, courrier, excuses, financier) » : pour tout ce qui est réparation, c'est après l'analyse approfondie. 4.2.2 : Confusion entre grille et méthode ALARM Méthode ALARM : chronologie, causes immédiates, causes profondes (grille ALARM), plan d'action, communication, suivi des actions La GRILLE ALARM c'est dans le sens inverse, on part du patient jusqu'à l'institution Le CREX n'est pas une méthode mais un comité ALARM E, c'est au-delà de la parole de l'utilisateur, il y a d'autres critères pris en compte, cf. page sur le site de la HAS https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974346/fr/reperes-quand-alarm-devient-alarme Étape 1 RETEX : « cadre soignant et médical », ajouter psychologue et personnel éducatif pour le handicap, voire socio-éducatif si aussi social « Les enjeux de prévention sont rappelés. Une fiche d'information et de rappel leur est transmise » : qu'entend-on par enjeux de prévention ? Donner des exemples ou faire un modèle de fiche d'information. Pourquoi que préventives ? Aussi correctives pour la personne victime Pourquoi 4 réunions fixées ? Si s'appuie sur une instance, à faire en plus ? objectifs ? On part d'une situation à analyser à une politique de l'établissement qui doit être abordée dans un point dédié : objectifs, composition, référent et ses missions. Si pas de situation : sujet général abordé ou annulation ? Et si le calendrier ne correspond pas, réunion complémentaire ? « Un bilan annuel d'activités des RETEX » présenté au CVS (lien critère éval ESSMS) « Une base de données (BDD) est créée à cet effet » : dans le médico-social aussi ? PMSI que le soin, si concerne plusieurs patients, comment le coder ? Page 30 : « mesures correctives » on parle de préventives avant, je mettrais les 2 partout
Expert 22	Il y a un sujet sur la confidentialité et l'anonymisation Des commentaires et propositions de modifs dans le texte joint au point 1
Expert 23	4.2.2 Instaurer des retours d'expérience à distance de l'évènement « Pour les autres signaux de gravité moindre, un RETEX est à conduire au cours d'une des 4 réunions de RETEX planifiées à cet effet » : Ce n'est pas la gravité qui doit conduire à la mobilisation de la méthode mais bien son potentiel d'amélioration. Inciter à ne le faire que pour les EIGS graves contribuera à ne pas se saisir des signaux faibles. Pourquoi 4 réunions de RETEX ? Le RETEX est la démarche d'analyse et non une réunion. À ma connaissance, aucun texte

	n'indique une périodicité de 4 RETEX, c'est l'intégration dans les pratiques d'amélioration continue qui permet une rythmicité régulière, elle peut être de 3-4, voire 10 réunions annuelles. Cette partie est trop détaillée et devrait renvoyer vers le guide HAS-FORAP uniquement pour éviter des erreurs de sémantique et de concept de la démarche : utilisation du terme RETEX pour une réunion, mention de la REMED alors que son approche est davantage centrée sur le produit et l'erreur, nombre de rencontres, etc. 4.2.3 Illustrations et retour d'expérience La fiche FORAP devrait être introduite comme un EIAS dont l'analyse a mis en exergue une situation de la maltraitance pour démontrer que les situations ne sont pas toujours explicites en première intention et que seule une analyse systémique prenant en compte le prisme de la vulnérabilité et du risque de maltraitance permet de mettre en place des actions et barrières appropriées.
Expert 25	4.1 Les référents peuvent être indiqués dans le livret d'accueil du résident. 4.2.1 ->1 La victime ou son représentant légal sont sollicités pour le...
Expert 27	Page 25 : « Les représentations personnelles sont à éviter afin d'assurer une objectivité sur la base de faits. » Cette formulation est à revoir car nous n'avons que très peu conscience de nos représentations personnelles. Cela suppose d'avoir de fortes capacités en métacognition (se voir penser). Il faudrait noter une formulation du type : « Il convient de croiser les regards et les informations pour ne pas formuler de jugement hâtif. » Page 26 : « Un recours à un tiers, comme un médiateur ou référent éthique, peut être utile le cas échéant en cas de conflits. » Ici, il faudrait sans doute inclure le rôle des référents ou des personnes ressources qui peuvent intervenir avant la phase de conflit qui est déjà un stade assez dégradé. En effet, en cas de tensions, de désaccords, de divergences, le recours à un tiers, à une personne ressource peut déjà désamorcer l'escalade du conflit. Les médiateurs interviennent souvent quand la situation est déjà fort dégradée. Page 31 : le schéma est une insertion d'une illustration qui est un peu floue. Le texte en bas à gauche est trop petit, presque illisible.
Expert 31	Les étapes du RETEX => des paragraphes denses
Expert 32	Le chapitre est assez clair. Les schémas 5 et 6 sont très utiles pour synthétiser la conduite à tenir.
Expert 33	Page 26 Cas spécifique de la déclaration d'un événement 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). Le volet 1 et volet 2 sont précisés dans le cadre de déclaration d'EIGS. Étape 1 du RETEX : mobilisation d'une instance spécifique pilotée par les référents Il ne semble pas souhaitable que si problématique institutionnelle de maltraitance l'instance RETEX soit pilotée par les référents bientraitance seulement Pages 27 et 28

Sur la déclaration au titre d'EIGS

La définition précise d'EIGS questionne sur le fait qu'une situation de maltraitance soit identifiée comme EIGS.

Cf. art. R. 1413-67. Un évènement indésirable grave associé à des soins réalisés lors d'investigations, de traitements, d'actes médicaux à visée esthétique ou d'actions de prévention est un évènement inattendu au regard de l'état de santé et de la pathologie de la personne et dont les conséquences sont le décès, la mise en jeu du pronostic vital, la survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent, y compris une anomalie ou une malformation congénitale

Une déclaration d'EIG relève de l'application de l'article L. 331-8-1 du CASF

L'arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales précise la nature des dysfonctionnements graves et des évènements dont les autorités administratives doivent être informées. Mentionnés à l'article L. 331-8-1 du Code de l'action sociale et des familles, ils sont définis de la façon suivante :

Les situations de maltraitance à l'égard de personnes accueillies ou prises en charge ;

Page 30

Hormis les situations de maltraitance relevant d'une action juridique, la sanction disciplinaire n'est pas une réponse immédiate attendue.

Je trouve que le schéma page 31 face à un signalement devrait être positionné après 4, traitement des...

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

Proposition de reprendre selon :

Faits graves avérés

Faits moins graves avérés

Situations à risques

Il serait nécessaire de préciser que l'ESMS doit accompagner les personnes accueillies dans cet exercice de leurs droits

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

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

Les personnes exerçant ou intervenant en établissement, soumises au secret professionnel, peuvent signaler les faits constitutifs d'une maltraitance en application de l'article 226-14 du Code pénal.

Proposition de reprendre selon :

Faits graves avérés

Faits moins graves avérés

Situations à risques

Doit-on comprendre que le seul traitement d'une situation de maltraitance est de faire un art. 40 ?

Si faute de professionnel constaté ? quid de la mise en traitement ?

Sur les obligations établissement, il y a l'information du CVS

	« Art. R. 331-10. - Le conseil de la vie sociale de l'établissement, du service, du lieu de vie ou du lieu d'accueil concerné ou, à défaut, les groupes d'expression prévus au 1° de l'article D. 311-21 sont avisés des dysfonctionnements et des événements mentionnés à l'article L. 331-8-1 qui affectent l'organisation ou le fonctionnement de la structure. Le directeur de l'établissement, du service, du lieu de vie ou du lieu d'accueil ou, à défaut, le responsable de la structure communique à ces instances la nature du dysfonctionnement ou de l'évènement ainsi que, le cas échéant, les dispositions prises ou envisagées par la structure pour remédier à cette situation et en éviter la reproduction. »
Expert 35	Page 30, dernière phrase, le fait de noter que la sanction disciplinaire n'est pas une réponse immédiate attendue minimise, selon moi, la gravité de la maltraitance
Expert 36	Le tableau à cheval p. 20/21, les 5 premiers items mis dans médico-social sont également valables pour tous les autres établissements
Expert 39	4.1 : - personne qualifiée apparaît dans les coordonnées internes - mauvaise position de « la procédure de réclamation & plainte... » dans les coordonnées externes 4.2 - point 1. Alerter la hiérarchie : manque de clarté des deux dernières phrases de ce paragraphe (« Les représentations personnelles... sources d'informations »). On ne comprend pas à qui elles s'adressent - point 4 : l'adjectif « immédiates » est-il pertinent, alors qu'on est à distance du constat de maltraitance ? 4.2.2 : RETEX. L'intro est beaucoup trop longue, on se perd à vouloir absolument confondre gestion EIAS et maltraitance (jusqu'à citer la méthode REMED !) - Étape 1 : Demander un planning annuel de 4 RETEX « maltraitance » est-il bien réaliste ? 4.2.3 : La phrase et l'encart sur les SRA pourraient être mis au 4.2.2 au niveau « Étape 2 du RETEX : analyse systémique... » 4.3 Commencer le paragraphe par les 2 phrases en gras pour plus de clarté Schéma 6 : titres « Faits avérés qualifiés de graves* » et « Faits avérés » : plutôt que de parler de faits « moins graves »
Expert 40	Rajouter un cercle à schéma 5 : construire des mesures sur le long terme

Votre avis général sur le guide

Quel est votre avis général sur le guide ?

Valeur de cotation	Libellé
1	pas du tout d'accord
9	tout à fait d'accord
10	je ne sais pas répondre

Valeurs manquantes : 2 ; Valeur minimum : 6 ; Valeur maximum : 9

Médiane : 8 ; Moyenne : 7,90

Distribution des réponses par cotation en nombre

Échelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	6	5	15	13	0

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Échelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	15.38	12.82	38.46	33.33	0.00

Expert	Commentaires
Expert 1	Le guide me semble très complet et facile à lire. Il est cependant dommage que le volet domicile n'ait pas pu être intégré, notamment au regard du nombre d'alertes reçues sur ce secteur par ALMA.
Expert 4	le titre à revoir ?(cf. document joint) guide donne des outils pratiques et faciles à mettre en œuvre pour une bonne partie document pas trop long
Expert 5	Les atouts majeurs du guide sont : - le retour sur le vocabulaire partagé - le repérage des signes de maltraitance et des signaux faibles - la prévention par la démarche de bientraitance - l'engagement institutionnel comme critère d'évaluation et de certification Les propositions d'amélioration :

	- comment accompagner une personne victime de maltraitance dans l'immédiat et son suivi dans le temps ? - comment mener une enquête après un signalement ? - comment accompagner un professionnel maltraitant : typologie des sanctions, formation obligatoire, réorientation professionnelle, interdiction de travailler auprès de personnes vulnérables ? - quand le dysfonctionnement institutionnel est imputable à l'acte de maltraitance : la sanction doit également intéresser l'institution - comment lutter contre la maltraitance institutionnelle sans entreprendre le travail sur les ratios soignants-patients-résidents ? - proposer un comité « de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance » représentatif des différents corps de métier et des instances d'un établissement, avec des professionnels formés qui pourront recueillir et traiter toute situation de maltraitance ; un comité inter-établissement garantirait confidentialité et neutralité dans la gestion des signalements.
Expert 6	Le guide ne mentionne pas suffisamment de références réglementaires opposables. La difficulté provient certainement du fait qu'il traite de l'ensemble des structures avec des réglementations opposables différentes. De ce fait, pour une structure, il ne va pas être aisé de faire la part des choses entre ce qui relève de réglementation opposable, et ce qui relève de bonnes pratiques.
Expert 8	Le guide paraît facile d'accès et utilisable par les professionnels de terrain dans ce qu'il aborde les différents champs sur un plan pratique/concret. Les outils (fiches) sont très complémentaires.
Expert 10	Le guide va à l'essentiel tout en étant complet.
Expert 11	La notion de référent interpelle, s'il doit être joignable en permanence, ce sera un cadre or pour le RETEX, il ne doit pas être en hiérarchie. Des préconisations seront difficiles à mettre en œuvre. La notion de plan de prévention de maltraitance est peu détaillée, et peut amener de la confusion. Cette notion pourrait être comprise comme un document alors qu'il s'agit d'un ensemble de mesures préventives (organisation, qualifications, plannings) et de la définition du traitement de faits de maltraitance. Le RETEX est très explicité.
Expert 12	utile et clair riche d'exemples multiples courts et précis une aide importante, un outil adapté pour les structures en espérant avoir les moyens pour mettre en place
Expert 13	Les fiches sont des outils bienvenus.

	Encourager les RETEX aussi, ainsi que la rédaction de situations cliniques courantes, simples, où tous les acteurs de la structure se retrouvent potentiellement témoins et/ou acteurs, aidant à soutenir la démarche collective de promotion de la bientraitance et de prévention de la maltraitance
Expert 14	C'est un guide utile mais pas suffisamment étayé pour les personnes vulnérables elles-mêmes et leurs familles. On parle de personnes vulnérables dont certaines n'ont pas la possibilité de s'exprimer par elles-mêmes, dont il faut s'assurer 1/ du recueil de la parole, des faits, par la personne elle-même ou sa famille ; 2/ de la résolution des actes dont elle peut être victime, lui assurer sa sécurité et sa reconnaissance de victime. Là, dans ce guide, c'est globalement l'établissement qui est là le seul garant de sa sécurité, peu ou pas de regard extérieur, un regard tiers, ni de veille et évaluation extérieure. Le sentiment est qu'il est un entre-soi pour les professionnels. Le rôle de l'ARS est minimisé (marqué en caractères non gras) et peu interrogé. Pour l'avoir vécu, la réponse de l'ARS est longue et peu aidante pour les personnes ou les familles qui l'interpellent.
Expert 17	Il va être le bienvenu pour aider direction et personnel à se repérer de façon pratique Il témoigne de la réalité du risque de maltraitance Il doit permettre de ne plus sous-estimer ou sous-évaluer les gestes ou situations manifestement maltraitants
Expert 18	Très intéressant dans le contenu et l'approche. Il est aussi destiné aux établissements sociaux et médico-sociaux, donc veiller à ne pas utiliser un vocabulaire exclusivement issu du sanitaire.
Expert 20	Guide globalement bien fait et clair
Expert 21	Déséquilibre bientraitance/maltraitance compte tenu du titre, principes généraux pour les deux mais après que traitement de la maltraitance rien sur le déploiement de la bientraitance Bientraitance orientée patient mais très peu sur les professionnels, l'institution Partie 1 bien Partie 2 on repère mais peu de pistes ou très générales ou pas réalisables Partie 3 confuse et actions pas dans le bon ordre ou le bon chapitre avec la problématique du dispositif de la loi bien vieillir qui va se mettre en place, mais comment ? La déclaration ESSMS restera-t-elle ? (je n'espère pas, discriminante pour le secteur MS qui serait le seul à avoir des situations de maltraitance) S'assurer dans la version finale du guide que les fiches concordent avec les préconisations du guide, en particulier fiches 3, 5 et 6
Expert 22	Il manque un chapitre 5 : aide à la construction d'une organisation bientraitante Plutôt branché sur les points d'organisation/fonctionnement et pilotage pouvant être retrouvés dans le PAQSS (et l'importance d'un plan qualité, incluant formation, y compris pour les EMS) Serait une introduction à la fiche 5

Expert 23	Guide nécessaire et utile. Un grand merci pour l'ensemble du travail réalisé. Il va permettre d'avoir des clés de repères et d'outillage très concrètes pour faire le lien entre promotion de la bientraitance, lutte contre les maltraitements et amélioration continue de la qualité et la sécurité des soins.
Expert 26	Clair, lisible, permet d'avoir les clefs pour mettre en pratique la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance. Les exemples sont concrets et peuvent être mis en place rapidement.
Expert 27	Je trouve le guide clair, lisible, aidant. La mise en œuvre nécessitera du temps salarié pour rendre effectif tout ce qui est préconisé et pour profondément modifier les pratiques.
Expert 28	Ce guide est dans l'ensemble clair et permet à l'ensemble des parties prenantes d'être impliquées dans la démarche. Peut-être faudrait-il, au-delà de l'information, inciter les structures à organiser des formations croisées « personnes accompagnées/professionnels » sur la connaissance des droits et la gestion des situations de maltraitance.
Expert 29	Utile !
Expert 30	Le guide est très bien réalisé, clair et accessible.
Expert 31	Sur le fond RAS Sur la forme, il ne faut pas plus de pages. Un peu moins serait à propos.
Expert 32	Le guide est assez court et clair. Il permet de reprendre les principes et les attendus, ainsi que la conduite à tenir pour prévenir, repérer et déclarer la maltraitance. Comme dit plus haut, la RBPP sur la bientraitance ne peut être isolée. Il est indispensable de rappeler en préambule la nécessité de formation continue des équipes pour application de toutes les RBPP en lien avec les spécificités des personnes accueillies (et pas uniquement dans la fiche 3 - grille 2). Cela évitera une part de maltraitance en lien avec des pratiques obsolètes ou non validées, ce qui est encore trop souvent le cas.
Expert 33	Partie 4 à architecturer différemment et à préciser selon ce qui relève du traitement de situation de maltraitance et du retour sur des pratiques à réaliser
Expert 34	Très clair, très explicite, adaptable à tous les secteurs et engage la responsabilité de TOUS.
Expert 36	Peut-être une version courte reprenant les chapitres et les schémas ou tableaux à réfléchir
Expert 38	Pour moi, les apports de ce guide au corpus déjà fourni sur la maltraitance/bientraitance sont : - qu'il soit commun au sanitaire et MS ; avec l'exclusion toutefois du domicile, qui mériterait un travail à part - notion de signal [faible] d'alerte sur une échelle de gravité et traitement des événements porteurs de risques à débriefer en équipe/à l'occasion des transmissions - distinction dans le traitement de la violence et de la maltraitance - lien avec SSEI, GDR et démarche qualité, mais aussi éthique

	- clarification du circuit de déclaration/signalement dans le logigramme en fin de document, même si toutes les ARS et CD n'ont pas les mêmes fonctionnements En revanche, il serait constructif de clarifier le vocabulaire entre signalement et déclaration ; au sein d'un groupe de travail, nous suggérons de réserver le terme de déclaration à l'interne et le signalement pour l'externe.
Expert 39	Intérêt ++ de ce support, attendu par les professionnels. Il y a des passages très denses, qui pourraient être allégés ou mieux illustrés. Dans la forme et parfois dans le fond, on peut craindre une difficulté d'appropriation par les professionnels.
Expert 40	Très bon guide. Reprendre les schémas pour en améliorer la clarté. Schéma 6 : où sont décrites les différentes situations ? Ajouter une case en fin de processus : « retour à l'utilisateur/aidants/proches/représentants des usagers... selon les cas »
Expert 41	Il est regrettable qu'on ne parle pas de ressources humaines. La bientraitance se conjugue avec la démarche qualité. Ne doit-on pas encourager les établissements à se doter d'un responsable qualité ?

Fiche 1 : AIDE À LA QUALIFICATION D'UNE SITUATION

Cette fiche 1 vous semble-t-elle utile en pratique ?

Valeur de cotation	Libellé
1	Pas du tout d'accord
9	Tout à fait d'accord
10	Je ne sais pas répondre

Valeurs manquantes : 2 ; Valeur minimum : 2 ; Valeur maximum : 9

Médiane : 8 ; Moyenne : 7,93

Distribution des réponses par cotation en nombre

Échelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	1	0	1	0	1	9	9	18	0

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Échelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	2.56	0.00	2.56	0.00	2.56	23.08	23.08	46.15	0.00

Expert	Commentaires
Expert 1	RAS
Expert 3	Utile mais à adapter pour être plus lisible et plus pratique aux différentes situations
Expert 4	Besoin de clarification sur le cumul des conditions, les 2 onglets d'analyse ne sont pas concordants avec le schéma représenté dans le guide ; cf. commentaires sur le fichier joint
Expert 6	Les exemples de la fiche 1 ne permettent pas d'illustrer l'ensemble de la démarche Ces exemples se limitent à qualifier la maltraitance, certes il s'agit de l'intitulé de la fiche, mais je pense que les professionnels savent le faire Néanmoins, l'objectif est également de faire la distinction entre ce qui relève d'une déclaration ou d'un signal d'alerte, et là, côté professionnels, c'est plus difficile Si l'on veut garder la pertinence des 4 questions, il faut que la réponse aux 4 questions soit reprise dans les exemples, ainsi que la conclusion : déclaration ou signal d'alerte

Expert 8	Oui, <i>a priori</i> elle paraît un peu surchargée de texte mais la lecture est aisée et guide la réflexion pour la qualification.
Expert 10	C'est une bonne idée d'avoir mis des cases à cocher. Je pense qu'il est important d'inclure les discriminations dans les maltraitances (question 3).
Expert 11	La forme d'un arbre décisionnel pourrait être envisagée pour plus de lisibilité. La Q4 est ajoutée par rapport à la définition et en modifie le sens.
Expert 12	Les exemples sont courts et très clairs !
Expert 15	Oui, pour une utilisation dans le cadre d'une analyse en équipe.
Expert 20	Je ne comprends pas bien pourquoi dans la page 1 il y a tantôt des cases à cocher ou deux barres parallèles verticales ou horizontales
Expert 21	Mise en page tableau à revoir Q1 non opérationnel Quelques exemples : réponse partielle que à Q3
Expert 22	Je n'ai pas eu le temps de regarder
Expert 28	Le questionnaire permet de guider la réflexion et de faciliter assez simplement la qualification d'une situation.
Expert 30	Cf. commentaire première partie
Expert 31	Un peu dense mais facilement mobilisable. Les exemples sont essentiels.
Expert 34	Facile d'utilisation, très concise, instructif de donner des exemples.
Expert 36	Titre : je remplacerais situation par évènement pour être dans le même langage que pour les soins avec EI et EIG Répondre non à la Q4 peut nécessiter une analyse car la conséquence sur le patient peut parfois être très difficile à déterminer alors qu'il s'agit bien d'une situation ou d'un évènement de maltraitance (ex. : Alzheimer)
Expert 38	S'interroge sur « ses » et non « leurs » pratiques.
Expert 39	Je ne comprends pas la 1 ^{re} phrase de la fiche (allusion à la période Covid ??)
Expert 40	Élargir les exemples pour que la fiche « parle » à plus d'acteurs Nous proposons des exemples en gynécologie-obstétrique, nous vous encourageons à contacter les autres associations pour élargir encore. Voir ci-après

Avez-vous des commentaires, des modifications ou des précisions à apporter sur cette fiche ?

Expert	Commentaires
Expert 3	Dans le guide, la maltraitance se distingue de la violence lorsque l'acte a lieu entre deux personnes accompagnées, or la question n°1 du questionnaire soulève l'existence d'une maltraitance entre deux personnes accueillies. La question n°2 pourrait plutôt être : « dans quelle situation de vulnérabilité se trouve la victime ? » > réponse à choix multiples (caractérisation du lieu d'accueil) L'outil d'aide à l'analyse de la grille est succinct et n'encourage pas à un signalement dans le cas d'une situation qui ne relève pas de maltraitance mais de violence.
Expert 5	La notion d'atteinte à la dignité n'apparaît pas dans les définitions, comme faire la toilette d'une personne sans fermer la porte de sa chambre ou ne pas mettre de paravent dans une chambre double. Il serait intéressant d'intégrer les exemples donnés p. 53 du rapport, extraits de « Maltraitements : la puce à l'oreille... 3977 » pour illustrer les types de maltraitance. Enfin, pour cette population, les situations de maltraitance (privation, négligence, maltraitance physique) sont repérées grâce aux témoignages des professionnels ou des aidants. Il serait pertinent d'intégrer dans la question « récit de la victime et/ou du témoin ».
Expert 8	Non
Expert 10	En ce qui concerne la question 2, est-il possible de rajouter un « point de vigilance » relatif aux situations de vulnérabilité peu ou pas visibles (qui peuvent inclure notamment certaines situations de handicap -> notion de « handicap invisible ») ? Voir à ce sujet le site de l'association APF France handicap : https://accompagner.apf-francehandicap.org/connaitre-handicaps + Daure, I. & Salaün, F. (2017). Le handicap invisible... ou le décalage entre ce qui se voit et la réalité. Le Journal des psychologues, 348, 22-27. https://doi.org/10.3917/jdp.348.0022 En ce qui concerne la question 3, est-il possible de rajouter les maltraitements verbaux ? En ce qui concerne la question 4 (conséquences sur la victime), je rajouterais un item relatif à la prise en compte de la temporalité : conséquences à court, moyen et plus long terme.
Expert 12	Peut-être l'ajout de « l'état de grossesse » dans les exemples de situation de vulnérabilité à la question 2
Expert 13	Q3 : mettre au singulier les énumérations Pour chaque vignette clinique courte, mettre partout le « patronyme » fictif (prénom majuscule) plutôt que « X » Exemple 6 à reformuler car la composante (« faute de temps dédié ») et la rubrique « indifférence » peuvent être mal perçues à la lecture. Je comprends l'idée mais à dire autrement. En effet, ce que l'on met dans l'interaction lors de toute rencontre (notamment de soins directs corporels ou autres) ne demande pas de temps en plus, c'est une posture individuelle. Par contre,

	les interactions en dehors des soins directs nécessitent l'organisation d'un autre moment. Revoir quelle est l'idée centrale de cette situation car les leviers pour y remédier sont en l'état d'au moins deux entités : le professionnel lui-même ; le ratio/personnes soignées (conception des moyens humains et organisationnels favorisant ou pas la mise en œuvre des plans personnalisés de vie et de soins comme l'organisation des activités collectives) Page 3 : la définition de la maltraitance institutionnelle n'apparaît pas. Est-ce volontaire ?
Expert 14	Q1 (proposition) : la victime connaît-elle l'auteur des faits ? oui/non et garder les propositions qui sont dans l'autre colonne de la fiche. Cela permettrait d'avoir une trace et de prendre en compte un incident, d'engager une surveillance.
Expert 16	Sur la forme, uniquement Au niveau de Q1, dans les exemples, il n'est pas nécessaire, à la 3^e ligne, d'avoir le « Et ». Personne accueillie suffit. Au niveau de Q2, dans les exemples, à la 6^e ligne, il faut supprimer le « s » à l'adjectif dépendante. Au niveau de Q3 et de Q4, il serait souhaitable de rajouter « Exemples » dans la 2^e colonne.
Expert 18	Rajouter un exemple lié au social : Exemple 9 : le jeune adulte Philippe (19 ans) réside dans une MECS (maison d'enfants à caractère social) et n'a pas de RDV avec la psy de l'établissement car elle est en congé maternité pour plusieurs mois et elle n'est pas remplacée. --> Je coche dans la rubrique « Maltraitance institutionnelle » (privation- absence de recherche de relais ou de continuité d'intervention à la suite d'un départ ou rupture d'intervention)
Expert 19	Lisibilité et présentation de la fiche pour inscrire les réponses ; améliorer le format des restitutions des réponses (cases trop petites) ; on ne comprend pas bien le sens des traits verticaux et/ou horizontaux
Expert 20	L'exemple 2 est courant mais en pratique difficile à traiter car résultant la plupart du temps d'une problématique de disponibilité de lits, ne faudrait-il pas mieux donner un exemple sur lequel les soignants ont véritablement une prise ? L'exemple 4 n'est pas clair, en dehors du moment de l'admission (patient amené par la police ou la gendarmerie), je ne vois pas à quel moment les forces de l'ordre vont intervenir dans une prise en charge ?
Expert 21	Q1 : exemples peu clairs, on ne voit pas la relation entre les différentes propositions Ou un exemple pour chaque type de relation comme dans le guide Ou la victime ou un proche aidant et - personnel de l'établissement - intervenant extérieur (donner des exemples : personnel en sous-traitance, intervenant libéral, bénévole)

	Sachant que le proche aidant peut être maltraité mais aussi maltraitant mais je ne sais pas si cette dimension est abordée dans le guide en établissement Q2 : pas de virgule après les cases Quelques exemples : Aller jusqu'au bout des exemples, là on ne répond qu'à Q3 alors que pour l'exemple 1 on devrait mettre : professionnel, personne âgée dépendante, conséquence sur sa santé physique et psychique
Expert 24	Exemple 6 : remplacer SSR par SMR
Expert 25	Exemple 5 : il manque le mot famille !
Expert 27	Pour la question 2 : remplacer personne âgée dépendante par personne âgée en perte d'autonomie
Expert 33	Pas de commentaires
Expert 35	- Page 3 dans les maltraitances psychologiques : présomption d'incompétence et de non-perception émotionnelle, déni de la réalité, mensonges et non-réponse aux questionnements de la personne
Expert 36	Titre : je remplacerais situation par évènement pour être dans le même langage que pour les soins avec EI et EIG Répondre non à la Q4 peut nécessiter une analyse car la conséquence sur le patient peut parfois être très difficile à déterminer alors qu'il s'agit bien d'une situation ou d'un évènement de maltraitance (ex. : Alzheimer)
Expert 38	Les exemples peuvent être superflus dans la pratique.
Expert 39	Je ne comprends pas la 1 ^{re} phrase de la fiche (allusion à la période Covid ??)
Expert 40	Exemple 1 : Mme B a accouché dans le service de maternité de l'hôpital P. Lors de l'expulsion, un anesthésiste et une sage-femme ont exercé de très fortes pressions sur son ventre. Elle se plaint depuis de très fortes douleurs au ventre et au sacrum. On lui a répondu qu'elle était fatiguée et on ne lui a rien proposé pour soulager sa douleur. => maltraitance, non-respect des RPC, négligence Exemple 2 : Mme C a accouché récemment. Durant l'accouchement, les sages-femmes ont multiplié les touchers vaginaux, l'empêchant de rester au calme dans sa bulle et générant beaucoup de stress. => maltraitance, non-respect des RPC Exemple 3 : Mme D avait précisé dans son projet de naissance qu'elle refusait l'épisiotomie. Pendant la poussée, l'obstétricien a pourtant procédé à ce geste, sans la prévenir, de crainte d'une déchirure. Mme D est traumatisée par cette expérience. => maltraitance, absence de recherche du consentement, pas d'information, non-respect des RPC

Fiche 2 : POSTURES PROFESSIONNELLES

Cette fiche 2 vous semble-t-elle utile en pratique ?

Valeur de cotation	Libellé
1	Pas du tout d'accord
9	Tout à fait d'accord
10	Je ne sais pas répondre

Valeurs manquantes : 1 ; Valeur minimum : 2 ; Valeur maximum : 9

Médiane : 9 ; Moyenne : 7,58

Distribution des réponses par cotation en nombre

Échelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	1	0	3	2	5	3	3	21	2

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Échelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	2.50	0.00	7.50	5.00	12.50	7.50	7.50	52.50	5.00

Expert	Commentaires
Expert 2	La question de la posture, il faudrait prendre en compte les établissements d'hébergement qui pour beaucoup accueillent des personnes pluriconsommatrices de stupéfiant ou alcool et ayant des problématiques de psychiatrie, en situation de désaffiliation. Le refus de soin est un positionnement régulier de ces publics.
Expert 3	Rien à redire
Expert 4	Rappels qui n'apportent pas d'éléments supplémentaires
Expert 8	Pas de commentaires
Expert 12	Peut être rassurante pour un professionnel, rappelle des choses simples mais importantes
Expert 13	Thématique de la fiche utile Contenu à retravailler pour en optimiser l'impact sur la réflexion individuelle/collective et les pratiques.

	Intérêt d'indiquer que c'est une trame et que d'autres items sont aussi à travailler en équipe : orientation – mobilité/installation/motricité – interactions sociales, ainsi que continence et hygiène bucco-dentaire, etc. Vécu intrusif notamment quand besoin d'aide pour la réalisation des soins que l'on produit d'habitude sur soi. Notion de douleurs et notamment sur laquelle chacun peut agir : la prévention des douleurs provoquées par l'activité/le soin.
Expert 14	Sur le point : Favoriser l'expression de la personne le plus possible (inclure la personne dans la discussion, lui demander tous les jours si elle a besoin de quelque chose) ajouter dans la parenthèse : utiliser les outils de communication utiles à la personne ou LSF si nécessaire
Expert 18	Très utile. Peut servir de fil rouge tout au long de l'accueil de la personne.
Expert 20	Pour l'accueil, il faut sans doute distinguer l'accueil en ES et en social et médico-social. Il me semble qu'en médico-social il y a la possibilité de préparer l'accueil en amont (pré-visite), ce qui est très utile et favorise la bien traitance Sur les addictions, là encore, il faut distinguer social, MS et ES. En ES, il n'est pas possible d'autoriser la consommation d'alcool et la consommation de tabac est forcément soumise à des restrictions en lien avec la loi
Expert 21	Certains exemples sont à retravailler C'est difficile de noter (entre 4 et 6), fiche hétérogène
Expert 22	Je n'ai pas eu le temps de regarder
Expert 23	Cette fiche peut être perçue comme gênante dans la mesure où elle semble prescrire l'attitude des professionnels. Il me semblerait plus pertinent de l'aborder plutôt sous l'angle d'un questionnaire individuel de type auto-positionnement. Gros point de vigilance au mésusage qui pourrait en être fait par les encadrants auprès des professionnels.
Expert 27	Je trouve que cette fiche ne va pas assez loin dans la description de postures favorisant la bientraitance en 2024 après tous les échanges, travaux et réflexions qu'il y a eus depuis des années sur ce sujet. Nous ne pouvons pas nous en tenir à « frapper à la porte et attendre ». La charte éthique et accompagnement du grand âge est un travail très abouti et qui se résume avec ses 10 points de repère très bien formulés.
Expert 28	2 phrases doivent être modifiées : compléter la phrase suivante : « Se présenter et s'enquérir du moyen de communication nécessaire à la personne (ex. : personne non oralisante, handicap sensoriel, etc.) » par « et le cas échéant, identifier une personne pour pouvoir dialoguer en fonction du moyen de communication nécessaire à la personne ou suivre une formation pour pouvoir l'utiliser ». Le manque de communication est un des premiers facteurs de maltraitance. Il est donc nécessaire qu'au moins un professionnel de la structure se forme, même de façon « rudimentaire » pour acquérir les éléments importants pour un dialogue au quotidien avec la personne.

	Modifier la phrase suivante « Frapper à la porte avant d'entrer dans le logement et attendre » comme suit : « Frapper à la porte avant d'entrer dans le logement ou la chambre et attendre ». La question de la chambre est parfois distinguée de celle de logement dans l'esprit des professionnels...
Expert 31	Synthétique et percutante. RAS. Très facile à mobiliser.
Expert 34	Très bien, très clair. Aide précieuse pour les soignants.
Expert 35	Il manque des exemples concrets sur « comment faire ».
Expert 36	Aucun
Expert 38	Ce type d'outil gagne à être construit collectivement au sein de la structure, en fonction du public accueilli. Fermer la parenthèse au 2° point. Au dernier point de la page 1, il me semble malvenu de mettre sur le même pied « mal-être » et « proche aidant ».
Expert 39	Certaines formulations à revoir pour une meilleure compréhension Quelques propositions : § Communication & Postures, ligne 4 - remplacer « missions » par « tâches » - ajouter « droit à l'information » après « respect, dignité »
Expert 40	quelles typos

Avez-vous des commentaires, des modifications ou des précisions à apporter sur cette fiche ?

Expert	Commentaires
Expert 2	Permettre aux professionnels de suggérer des consultations par exemple/ Parler doucement y compris lors d'alcoolisation massive ou de crise de mal-être
Expert 5	Rajouter « éviter toute forme de familiarités » telles que « jeune homme », « jeune fille », « ma chérie », « ma petite dame ».
Expert 8	Non
Expert 10	Est-il possible de mettre des cases à cocher, comme pour la 1^{re} fiche ? Ajouts éventuels : Accueil dans l'établissement : - Si possible anticiper le mode de communication requis, pour accueillir au mieux la personne : si personne communiquant en LSF, nécessaire de prévoir un interprète. - Accepter que la personne ne réponde pas à toutes les questions (tout de suite) avec une attention particulière concernant les questions qui ont trait à son intimité. Repas :

	en ce qui concerne l'alcool, la cigarette, mise en place d'un protocole éventuellement pour réguler sa consommation Nuit, toilettes, soins : Prendre en compte le ressenti de la personne et réajuster en cas d'inconfort de la personne (par ex., température de l'eau ne lui convenant pas) ; de douleurs (par ex., geste réalisé trop brusquement). Il est d'ailleurs nécessaire de demander à la personne quel est son ressenti (ne pas attendre qu'elle évoque une situation d'inconfort).
Expert 12	RAS
Expert 13	Uniformiser la formulation en éviter les phrases « ne pas » pour préférer la formulation de ce qui est préconisé. Accueil : anticiper avant l'arrivée à chaque fois que possible. Réévaluer à 1 semaine et 15 jours pour adapter les modes relationnels et organisationnels au plus près des rythmes et habitudes de vie de la personne (nouveau contexte, nouveau voisinage...). Repas : importance de l'installation et de la présentation du repas, de l'impact de la prise de médicaments (avant, pendant, après), de l'observation de chacun concourant à la réflexion en équipe concernant les habitudes, l'organisation en salle à manger (voisinage), dans la chambre. Addictions : quelle qu'elle soit, notion de bénéfices/risques et de proportionnalité (bienveillance/respect habitudes de vie <i>versus</i> risques pour soi et pour les autres). Descriptif durant : puce 4, intérêt de remplacer le mot « missions » par activités (constat parfois que le mot « mission » est considéré de manière excessive comme « obligation de faire » (« responsabilité de réussir... »), ce qui en la matière n'est pas requis.
Expert 15	Ce sont des rappels de « bon sens » et de pratiques qui devraient être intégrés par chaque professionnel. Attention avec les recommandations concernant les addictions, notamment aux moments des repas. Il n'est pas possible de servir de l'alcool en structure d'hébergement au moment des repas collectifs. La problématique concernant les possibilités de consommer peut être traitée à d'autres moments.
Expert 16	Non, c'est très bien ainsi !
Expert 19	Fiche 2 : Postures à adopter Remarques : - préciser à qui s'adresse cette fiche - quid des directives anticipées ? Anticipation de certaines situations, fiche PALIA (fin de vie à anticiper avec les familles)
Expert 21	- « Utiliser le vouvoiement au premier abord (éviter le tutoiement automatique ou de l'appeler par son prénom, sans son accord, ou utiliser le terme « il » ou « elle ») », j'ajouterais des termes familiers (« ma chérie ») très fréquents - « Être attentif à la douleur physique et la souffrance psychique (risque suicidaire, mal-être ou signes indirects de douleur) et utiliser une échelle validée pour la mesurer ». Évaluer plutôt que mesurer. Évaluer c'est pour les 2, douleur et souffrance psychique. Pourquoi que les signes

	indirects de douleur ? Les directs aussi. Dans la parenthèse, ordre qui correspond à l'item (signes de douleur, mal-être, risque suicidaire). - Ne pas juger un mal-être ou un proche aidant ??? Ne pas juger tout court, principe de base dans les soins, exemple peu adapté. - Faire sortir les visiteurs, utiliser le rideau ou paravent, fermer la porte, limiter la nudité (intimité) : ordre différent : faire sortir, fermer la porte, rideau si chambre double, limiter la nudité. - « Prendre des précautions et s'appuyer sur les proches aidants le cas échéant » : s'appuyer sur les reco de la HAS sur l'annonce plutôt que prendre des précautions. Plutôt que s'appuyer sur les proches, informer les proches qui bénéficient aussi de l'information. - Repas : aide au repas, ajout de se mettre à hauteur de la personne. - Addiction : décision médicale, exemple compliqué. - Pas d'exemple sur la posture : posture d'ouverture et d'écoute.
Expert 23	Cette fiche peut être perçue comme gênante dans la mesure où elle semble prescrire l'attitude des professionnels. Il me semblerait plus pertinent de l'aborder plutôt sous l'angle d'un questionnement individuel de type auto-positionnement. Gros point de vigilance au mésusage qui pourrait en être fait par les encadrants auprès des professionnels.
Expert 25	Avoir un accueil personnalisé (éviter la banalisation ou paraître surpris de l'arrivée) avec un membre de la famille présente (et non l'équipe ?) Prévoir un temps dédié pour la remise du livret d'accueil et l'information sur les droits (ex. : visites, aller et venir), adapté aux besoins (si besoin en FALC (???) ou traduit)
Expert 27	Peut-on ne pas parler de « personne accueillie » mais plutôt de « personne concernée » ? Dans les EHPAD par exemple, les personnes sont chez elles. Le fait de continuer à dire qu'elles sont hébergées ou accueillies ne contribue pas au virage domiciliaire « Ne pas juger un mal-être ou un proche aidant » : cette phrase renvoie à deux réalités différentes. Remplacer par : « ne pas prendre à la légère l'expression d'un mal-être », « ne pas dénigrer ou disqualifier un proche aidant » Je rajouterais : - Éviter les discussions personnelles entre collègues devant les personnes comme si elles n'étaient pas là - Permettre la libre circulation dans les espaces collectifs sans restriction d'horaires - Écouter les récits de vie, parfois difficiles, les envies, les projets, les préoccupations autour de la fin de vie, mais aussi apporter de la sérénité, de la joie, du réconfort - Prendre en considération l'histoire de vie, la culture et ce à quoi la personne attache de la valeur, l'expression de ses préférences, de son identité, de son intimité, de sa vie affective, de ses convictions religieuses ou de sa quête spirituelle - Respecter les refus des personnes : refus d'être en lien avec ses proches, refus de participer à des animations collectives en veillant toutefois à ce que la personne ne s'isole pas dans la maison (réitérer des propositions, encourager)

	- Être attentif aux ressentis de solitude, faciliter la mise en relation avec la famille ou les proches, aider la personne à retrouver les coordonnées de ses enfants, faciliter les rencontres, respecter la vie intime, permettre d'avoir des invités au cours des repas, etc. - Veiller à la bonne intégration de chaque personne au sein du groupe en respectant le caractère de chacun, favoriser les liens entre résidents au travers d'activités, de sorties, être attentif à l'intégration des nouveaux résidents (présenter le personnel, les résidents, les activités...) - Pour les personnes en fin de vie (EHPAD par exemple) : offrir une présence bienveillante et réconfortante, réunir les meilleures conditions possibles pour le plus grand confort de la personne, permettre la présence des proches et éventuellement des représentants du culte, recueillir les dernières volontés, préparer les obsèques sereinement
Expert 32	Dans « communication et postures avec la personne durant son séjour » -> ajouter « utiliser tous les outils d'aide à la communication nécessaires »
Expert 33	pas de commentaires
Expert 35	Page 1 pour malades Alzheimer et apparentés : « valider la tristesse, le refus, voire la colère » Rechercher sans minimiser le sentiment de culpabilité des familles dès l'entrée Identifier les associations ressources Et page 1 « durant le séjour », s'assurer par l'observation clinique de l'adhésion de la personne à défaut de possibilité de recueillir son consentement
Expert 36	aucune
Expert 39	Certaines formulations à revoir pour une meilleure compréhension Quelques propositions : § Communication & Postures, ligne 4 - remplacer « missions » par « tâches » - ajouter « droit à l'information » après « respect, dignité »

Fiche 3 : GRILLES DE REPÉRAGE FACTEURS DE RISQUES ET SIGNAUX FAIBLES

Cette fiche 3 comprenant les 3 grilles vous semble-t-elle utile en pratique ?

Valeur de cotation	Libellé
1	Pas du tout d'accord
9	Tout à fait d'accord
10	Je ne sais pas répondre

Valeurs manquantes : 1 ; Valeur minimum : 3 ; Valeur maximum : 9

Médiane : 8 ; Moyenne : 7,55

Distribution des réponses par cotation en nombre

Échelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	2	2	3	1	8	5	19	0

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Échelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	5.00	5.00	7.50	2.50	20.00	12.50	47.50	0.00

Expert	Commentaires
Expert 2	Cette grille devrait être évolutive et laisser la place à des ajouts à alimenter par les personnels et la partager, ceci permettrait ainsi d'enrichir les signaux d'alerte et la prévention, notamment en termes de temporalité. Plus concrètement, en établissement d'hébergement, l'alcoolisation est très importante du 4 au 20 du mois. Puis, pour les personnes ayant un traitement médicamenteux par injection retard, les fins du mois sont en général plus chaotiques.
Expert 3	Le format proposé n'est pas une grille mais pourrait s'apparenter à un guide donc format à revoir afin de permettre une utilisation optimale (tableau avec espace pour évaluation, commentaires...) Utile mais pas pratique ! Ne serait-il pas pertinent d'ajouter un espace pour identifier la personne potentiellement maltraitée, mais aussi la personne qui conduit l'analyse ? Est-ce qu'une périodicité ou une mise à jour du diagnostic doit être imaginée ?

Expert 4	Outils utilisables par différentes catégories de personnes et outils faciles à s'approprier en auto-diagnostics Faute d'orthographe P3 dans partie « difficulté d'application des droits fondamentaux » : horaires restreints et non restreintes
Expert 8	Pas de commentaires
Expert 11	Ces documents vont permettre de caractériser un certain nombre de risques Mais comment les articuler entre eux ? Articuler les résultats des 3 analyses ? Cela ne permet pas d'identifier des situations à risques de maltraitance, ce qui permettrait d'adopter des vigilances accrues lors de ces situations.
Expert 12	Je serais d'avis d'utiliser la même grille pour un même patient résident à intervalle régulier même sans suspicion mais à titre d'évaluation à l'entrée du patient dans l'établissement, à 6 mois, à 1 an dans l'établissement. Et peut-être après des événements à risque, comme hospitalisation, majoration de l'état du vulnérabilité...
Expert 13	Fiche très utile
Expert 14	Défaut de respect des recommandations de bonnes pratiques professionnelles : ex. : mésusage contention et de l'isolement en psychiatrie (ex. : contention hors prescription, isolement) garder seulement : Défaut de respect des recommandations de bonnes pratiques professionnelles (car c'est en effet dans le respect des RBPP qu'on évite les risques de maltraitance – pas besoin d'évoquer le mésusage de la contention en psychiatrie) et/ou rappeler que c'est interdit dans le social et médico-social.
Expert 15	Dans la pratique au quotidien, cela me semble difficile à utiliser. Ces grilles relèvent plus de temps d'analyse des pratiques, nécessitant un tiers extérieur.
Expert 16	Très utiles ces 3 grilles. C'est très bien cette déclinaison en 3 temps, concernant les repérages, pour les personnes accueillies et proches aidants, pour les professionnels, pour l'institution.
Expert 18	Très pertinent d'avoir scindé en 3 parties et de garder cette ligne tout le long du guide. Cela facilite la lecture et la compréhension (en tout cas, cela correspond à la logique de réflexion et de tri de mon cerveau).
Expert 20	Il faut à mon avis différencier encore les ES et les autres établissements
Expert 21	Grille 1 -- > Les risques présentés sont trop restrictifs pour un auto-diagnostic Pour les 3 grilles Ajout par qui est renseignée la grille à côté de la date (nom et fonction) Harmoniser les polices pour les 3 grilles

Expert 23	L'approche systémique préconisée par la HAS reste la grille ALARME où l'on peut retrouver l'ensemble des facteurs de risque associés. Pour être cohérente sur les approches gestion des risques préconisées auprès des établissements, cette grille d'aide au repérage devrait être formalisée selon les 7 facteurs contributifs. Comme mentionné dans mon commentaire sur le guide, le parallèle est aisément réalisable. La grille 1-2 et 3 devrait être une seule approche pour ne pas cloisonner les plans d'action qui sont souvent étroitement liés entre les parties prenantes et ainsi favoriser la co-construction et l'engagement de tous.
Expert 25	Il pourrait être intéressant d'expliquer les 3 grilles préalablement et leur usage afin de définir les origines de la maltraitance.
Expert 27	Sur le titre, je parlerais « des maltraitances » au pluriel Même remarque que ci-dessus sur l'appellation « personne accueillie » La présentation de la fiche est un peu compacte. Est-ce qu'une autre mise en page pourrait la rendre plus lisible (exemple de mise en page comme les grilles de repérage pour le GT sur la maltraitance intrafamiliale) ? Il faudrait pouvoir cocher les items
Expert 30	Les grilles seraient peut-être plus lisibles sous format tableau.
Expert 31	Celle qui me parle finalement le moins. Extrêmement dense et je n'en comprends pas la praticité. Ce n'est pas vraiment une grille. On ne coche pas. Finalité pas complètement perçue.
Expert 32	Ce sont plutôt des aide-mémoire que des « auto-diagnostics ».
Expert 34	Voir si possibilité de l'adapter sous forme de questions comme sur la fiche 1.
Expert 40	Grille 3 manque de clarté

Grille 1 : relative aux facteurs de risques et signaux faibles relatifs aux personnes accueillies et proches aidants (utilisable par les professionnels de proximité)

Valeur de cotation	Libellé
1	Pas du tout d'accord
9	Tout à fait d'accord
10	Je ne sais pas répondre

Valeurs manquantes : 2 ; Valeur minimum : 3 ; Valeur maximum : 9

Médiane : 8 ; Moyenne : 7,90

Distribution des réponses par cotation en nombre

Échelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	1	1	2	1	5	9	18	2

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Échelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	2.56	2.56	5.13	2.56	12.82	23.08	46.15	5.13

Expert	Commentaires
Expert 3	Mêmes commentaires
Expert 8	Pas de commentaires
Expert 12	RAS
Expert 13	Inclure une phrase qui propose d'identifier en équipe à partir de cette trame ce qui porte la bientraitance en action (autre manière de soutenir la dynamique individuelle et collective du prendre soin) La notion de collectif au travail sur les 24 h est à rajouter, en particulier pour prendre en considération les informations/observations aux différents temps, mais aussi pour ne pas « oublier » certains acteurs qui peuvent être davantage isolés ou à risque de se sentir exclus L'information aux aidants est aussi à promouvoir pour limiter les impacts collatéraux

Expert 14	Je ne comprends pas le nom de « grille » qui se veut d'évaluation, d'analyse et où on ne coche rien. Donc comment se repérer ou repérer les signes ? On a une date à mettre et puis une liste d'items. L'intérêt aurait été de pouvoir cocher ceux qui se réfèrent à l'analyse faite le jour indiqué. Ou cela est laissé au choix des personnes qui vont dans les établissements faire ces grilles ?
Expert 18	RAS
Expert 20	En ES, les signaux faibles sont majoritairement liés à la pathologie pour laquelle le patient est hospitalisé, de plus les durées de séjour courtes permettent plus difficilement de noter des changements. Pour les changements de comportements en ES autorisés en psychiatrie, ces changements sont la plupart du temps en lien avec la pathologie psychiatrique.
Expert 21	-- > Les risques présentés sont trop restrictifs pour un auto-diagnostic La majorité des personnes qui sont en établissement sont vulnérables du fait de leur pathologie ou état de santé chroniques dans le médico-social ou du fait d'un épisode aigu dans le sanitaire
Expert 23	L'approche systémique préconisée par la HAS reste la grille ALARME où l'on peut retrouver l'ensemble des facteurs de risque associés. Pour être cohérente sur les approches gestion des risques préconisées auprès des établissements, cette grille d'aide au repérage devrait être formalisée selon les 7 facteurs contributifs. Comme mentionné dans mon commentaire sur le guide, le parallèle est aisément réalisable. La grille 1-2 et 3 devrait être une seule approche pour ne pas cloisonner les plans d'action qui sont souvent étroitement liés entre les parties prenantes et ainsi favoriser la co-construction et l'engagement de tous.
Expert 28	La lecture du document donne le sentiment de traiter la maltraitance éventuelle entre proche aidant et structure mais pas celle entre proche aidant et personne accompagnée au sein de la structure
Expert 31	Les plus => Complet/exhaustif Le moins => Quid de la finalité ? Aspect opérationnel ? Facilement mobilisable ? Est-ce réellement une grille au final ? Comment les acteurs vont faire pour réellement s'en saisir si la terminologie est celle d'une grille ?
Expert 34	Idem

Avez-vous des commentaires, des modifications ou des précisions à apporter sur cette grille
1 ?

Expert	Commentaires
Expert 3	Mêmes commentaires
Expert 8	Non
Expert 10	En ce qui concerne l'item « vulnérabilités multiples », je rajouterais un exemple concernant des personnes ayant été ou étant victimes de violences (notamment sexuelles) car je trouve que cela constitue une vulnérabilité importante : par exemple, femme en rupture d'hébergement (donc sans abri) à la suite de violences conjugales ; ou femme sans abri ayant subi des viols dans la rue ; demandeur d'asile ayant été victime de tortures dans son pays

Expert 12	RAS
Expert 13	L'une des difficultés récurrentes observées est celle de l'inadéquation entre le projet personnalisé de vie et de soins et sa mise en œuvre (activités/soins requis <i>versus</i> activités/soins réalisables avec le ratio alloué) dans une organisation collective... Intérêt d'avoir une phrase qui indique l'importance de partager ces impacts d'impuissance (sources de retrait, de banalisation, voire d'épuisement et de renoncement).
Expert 16	Aucun.
Expert 19	Ajout-suggestion Difficultés de compréhension (déficience intellectuelle)
Expert 21	- Situation de vulnérabilités multiples : pourquoi que les multiples ? Toutes les situations de vulnérabilités sont un facteur de risque - Comportements problèmes, troubles du comportement : comportement à problème ? terme vague. Je laisserais juste trouble du comportement complété de la notion de retentissement comme dans le NPI ES. L'apathie est un trouble qui a peu de retentissement et rarement source de maltraitance en établissement, contrairement au domicile. - Non communicante c'est rare, il y a de multiples façons de communiquer - Parcours migratoire fragilisant (pourquoi que migratoire ?), parcours fragilisant dont les raisons sont multiples - Le genre et l'orientation sexuelle : sujet polémique, je n'irais pas sur ce terrain. Si gardé, ne pas mettre les termes généraux mais ce qui est source de vulnérabilité, surtout les femmes et diversité de genre - Autres facteurs de risques à ajouter : Dépendance pour les gestes de la vie quotidienne Situation de handicap physique, psychique, sensoriel Trouble des fonctions cognitives ou trouble cognitif - Difficultés liées à la situation des proches aidants : j'ajouterais des difficultés financières - Changement dans la communication avec l'équipe ou l'établissement : j'ajouterais prise de photos
Expert 23	L'approche systémique préconisée par la HAS reste la grille ALARME où l'on peut retrouver l'ensemble des facteurs de risque associés. Pour être cohérente sur les approches gestion des risques préconisées auprès des établissements, cette grille d'aide au repérage devrait être formalisée selon les 7 facteurs contributifs. Comme mentionné dans mon commentaire sur le guide, le parallèle est aisément réalisable. La grille 1-2 et 3 devrait être une seule approche pour ne pas cloisonner les plans d'action qui sont souvent étroitement liés entre les parties prenantes et ainsi favoriser la co-construction et l'engagement de tous.
Expert 26	La grille pourrait être utilisée sous forme de check-list, avec possibilité de laisser des commentaires

Expert 27	Difficultés liées à la situation des proches aidants : je rajouterai « isolement du proche aidant, absence de répit » (stade avant l'épuisement) Je rajouterai : conflits intrafamiliaux (conflits entre les enfants d'une personne âgée qui vit en EHPAD)
Expert 29	Fiche 3 aide au repérage Pour patients : risques : usage de toxiques dont alcool ; antécédents de violences intrafamiliales connus ; troubles psychiatriques non stabilisés, troubles neurocognitifs majeurs (maladie d'Alzheimer et apparentées) Pour aidants : risques prise de toxiques ; pathologie psychiatrique non stabilisée, antécédents de violences intrafamiliales
Expert 35	« Personne accueillie » : nommer clairement dans les facteurs de risque la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées « Proches aidants » : ajouter la culpabilité
Expert 36	Aucune

**Grille 2 : relative aux facteurs de risques et signaux faibles relatifs aux professionnels
(utilisable par l'encadrement)**

Valeur de cotation	Libellé
1	pas du tout d'accord
9	tout à fait d'accord
10	je ne sais pas répondre

Valeurs manquantes : 2 ; Valeur minimum : 3

Valeur maximum : 9 ; Médiane : 8

Moyenne : 7,75

Distribution des réponses par cotation en nombre

Échelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	1	2	1	1	8	10	16	0

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Échelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	2.56	5.13	2.56	2.56	20.51	25.64	41.03	0.00

Expert	Commentaires
Expert 2	Je trouve que les formes schémas, plutôt qu'une liste, sont mieux appropriables.
Expert 3	Mêmes commentaires 1 ^{er} item : préférer « facteurs de risques d'origine professionnelle »
Expert 8	Pas de commentaires
Expert 12	RAS
Expert 13	Mêmes remarques que pour grille 1 Le temps de la réflexion comme des activités/soins indirects, le temps de transmissions inter-équipes et de formation-action indispensables à optimiser (postulats qui sont tout autant de responsabilités internes qu'externes)
Expert 14	Idem à la grille 1

Expert 18	RAS
Expert 20	Même s'il existe dans le préambule une note concernant le contexte actuel des établissements, les difficultés actuelles des établissements rendent les facteurs de risque professionnels présents dans la plupart des établissements, en particulier l'usure professionnelle, le manque de temps et les conditions de travail dégradées. C'est important d'en être conscient mais malheureusement les ES ont peu de réponses concrètes à apporter dans le contexte démographique actuel.
Expert 21	Limites floues entre signaux faibles et risque (arrêts de travail fréquents dans risque et absences répétées dans alerte)
Expert 23	L'approche systémique préconisée par la HAS reste la grille ALARME où l'on peut retrouver l'ensemble des facteurs de risque associés. Pour être cohérente sur les approches gestion des risques préconisées auprès des établissements, cette grille d'aide au repérage devrait être formalisée selon les 7 facteurs contributifs. Comme mentionné dans mon commentaire sur le guide, le parallèle est aisément réalisable. La grille 1-2 et 3 devrait être une seule approche pour ne pas cloisonner les plans d'action qui sont souvent étroitement liés entre les parties prenantes et ainsi favoriser la co-construction et l'engagement de tous.
Expert 26	La grille pourrait être utilisée sous forme de check-list, avec possibilité de laisser des commentaires
Expert 31	Les plus => Complet/exhaustif Le moins => Quid de la finalité ? Aspect opérationnel ? Facilement mobilisable ? Est-ce réellement une grille au final ? Comment les acteurs vont faire pour réellement s'en saisir si la terminologie est celle d'une grille ?
Expert 33	Cf. commentaires sur contention ci-dessus
Expert 34	Idem
Expert 36	J'ajouterais dans les signes d'alerte concernant les professionnels l'absence de travail d'équipe, de réunion d'équipe, de leadership pour l'équipe de lien entre médicaux et paramédicaux
Expert 40	Quelles typos

Avez-vous des commentaires, des modifications ou des précisions à apporter sur cette grille 2 ?

Expert	Commentaires
Expert 2	Turnover, intérim, manque d'expérience...
Expert 3	Mêmes commentaires
Expert 8	Non
Expert 10	Item posture professionnelle inadéquate : rajouter éventuellement non-respect du secret professionnel Dans cet item, je pense que l'on pourrait rajouter également : comportements irrespectueux vis-à-vis d'autres professionnels. J'ai en effet souvent constaté que des professionnels ayant des

	comportements inadaptés vis-à-vis de leurs collègues adoptaient ces mêmes comportements envers les personnes accompagnées (par ex., éducateur très agressif verbalement vis-à-vis de certaines collègues femmes, probablement en raison de leur origine, faisait preuve de la même agressivité envers les femmes accompagnées au sein de la structure. Mêmes constats en ce qui concerne le sexisme d'un agent d'accueil vis-à-vis de ses collègues et des femmes prises en charge).
Expert 12	RAS
Expert 13	Inclus ci-dessus
Expert 16	Non.
Expert 19	Ajout : Positionnement, éthique face à l'accompagnement d'une PA ou d'une PH
Expert 21	- Usure professionnelle : problème et non pas problème de santé que j'enlèverais, cela entre dans problèmes personnels. On ne sait pas qui lira cette grille et on n'a pas à savoir qu'un membre du personnel a des problèmes de santé - Changements soudains de comportement et d'humeur : enlever le « etc. » au milieu de la liste, idem pour le point d'après Risques, ajout : absence de soutien face à un comportement inapproprié, des demandes non adaptées des proches aidants Limites floues entre signaux faibles et risque (arrêts de travail fréquents dans risque et absences répétées dans alerte)
Expert 23	L'approche systémique préconisée par la HAS reste la grille ALARME où l'on peut retrouver l'ensemble des facteurs de risque associés. Pour être cohérente sur les approches gestion des risques préconisées auprès des établissements, cette grille d'aide au repérage devrait être formalisée selon les 7 facteurs contributifs. Comme mentionné dans mon commentaire sur le guide, le parallèle est aisément réalisable. La grille 1-2 et 3 devrait être une seule approche pour ne pas cloisonner les plans d'action qui sont souvent étroitement liés entre les parties prenantes et ainsi favoriser la co-construction et l'engagement de tous.
Expert 32	Dan signaux faibles : ajouter « Défaut de CONNAISSANCES et de respect des recommandations de bonnes pratiques professionnelles »
Expert 33	SIGNAUX FAIBLES D'ALERTE PROFESSIONNELS Défaut de respect des recommandations de bonnes pratiques professionnelles : ex. : mésusage de la contention et de l'isolement en psychiatrie (ex. : contention hors prescription, isolement) La référence aux BPP en matière d'isolement en psy est-elle adaptée aux ESMS ? Voir commentaires apportés par rapport au guide
Expert 36	J'ajouterais dans les signes d'alerte concernant les professionnels l'absence de travail d'équipe, de réunion d'équipe, de leadership pour l'équipe de lien entre médicaux et paramédicaux

**Grille 3 : relative aux facteurs de risques et signaux faibles relatifs à l'établissement
(utilisable par l'équipe de direction de l'établissement)**

Valeur de cotation	Libellé
1	pas du tout d'accord
9	tout à fait d'accord
10	je ne sais pas répondre

Valeurs manquantes : 2 ; Valeur minimum : 3 ; Valeur maximum : 9

Médiane : 8 ; Moyenne : 7,67

Distribution des réponses par cotation en nombre

Échelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	1	2	3	0	8	8	17	0

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Échelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	2.56	5.13	7.69	0.00	20.51	20.51	43.59	0.00

Expert	Commentaires
Expert 3	Mêmes commentaires
Expert 8	Pas de commentaires
Expert 12	Dans signaux faibles d'alerte : baisse de fréquentation de l'établissement
Expert 13	Tous les éléments cités sont connus. Intérêt de formuler en termes de questions permettant de croiser les éléments entre eux et la proportionnalité des possibles. Pour exemple : comment le projet de vie et de soins formalisé d'une manière intentionnelle et collective se décline au quotidien pour chaque personne ? Quels sont les partenariats possibles pour aider à optimiser la personnalisation de l'accompagnement de chaque personne ? des aidants ? des professionnels ? Outre la prise en compte des plaintes et EI, optimiser la prise en compte des éloges et de l'analyse croisée des 3
Expert 14	Idem que la grille 1

Expert 18	RAS
Expert 20	Même remarque que plus haut. Le sous-effectif en personnel est aujourd'hui structurel dans nombre d'établissements et il est très difficile d'y apporter une réponse. De même, l'image dégradée de certains établissements (en particulier les ES autorisés en psychiatrie) est liée à la dégradation des conditions d'hospitalisation en lien avec le sous-investissement chronique sur le plan immobilier résultant de choix politiques. Il y a d'ailleurs des exemples également dans le MCO, en particulier pour les établissements de petite taille.
Expert 21	Certains items sont à retravailler et il en manque
Expert 23	L'approche systémique préconisée par la HAS reste la grille ALARME où l'on peut retrouver l'ensemble des facteurs de risque associés. Pour être cohérente sur les approches gestion des risques préconisées auprès des établissements, cette grille d'aide au repérage devrait être formalisée selon les 7 facteurs contributifs. Comme mentionné dans mon commentaire sur le guide, le parallèle est aisément réalisable. La grille 1-2 et 3 devrait être une seule approche pour ne pas cloisonner les plans d'action qui sont souvent étroitement liés entre les parties prenantes et ainsi favoriser la co-construction et l'engagement de tous.
Expert 27	Je trouve cette partie un peu « fourre-tout » avec des indicateurs de nature très éparse (absence d'affichage, absence de sentiment d'appartenance). La description de la maltraitance institutionnelle dans le guide est plus parlante.
Expert 31	Les plus => Complet/exhaustif Le moins => Quid de la finalité ? Aspect opérationnel ? Facilement mobilisable ? Est-ce réellement une grille au final ? Comment les acteurs vont faire pour réellement s'en saisir si la terminologie est celle d'une grille ?
Expert 34	Idem
Expert 39	§ Insuffisance d'engagement de l'établissement : « encadrement non engagé... » et « difficultés de régulation de violences... » semblent plus être des facteurs de risque que des signaux faibles.
Expert 40	On a du mal à faire la différence entre facteurs de risques et signaux d'alerte pour certains points, notamment l'absence de signalement

Avez-vous des commentaires, des modifications ou des précisions à apporter sur cette grille 3 ?

Expert	Commentaires
Expert 3	Mêmes commentaires
Expert 8	Non
Expert 12	RAS
Expert 13	Inclus ci-dessus

Expert 16	Sur la forme, au niveau des facteurs de risques et concernant les difficultés d'application des droits fondamentaux des personnes accueillies, à la 2 ^e ligne du 1 ^{er} point, il faut écrire horaires restreints et non restreintes.
Expert 18	Facteurs de risques Difficultés dans l'engagement de l'établissement Absence de modalités d'écoute de l'expérience des personnes accueillies (au lieu de « patients » --> vocabulaire exclusivement du sanitaire) dans les moments sensibles
Expert 19	RAS
Expert 21	- Absence de modalités d'écoute de l'expérience des patients dans les moments sensibles : faire le lien avec les items de la page 20 du guide. Si c'est une grille d'auto-diagnostic, il faut être opérationnel. Ou s'arrêter après « des patients » pas que dans les moments sensibles - Absence de comité éthique dans l'établissement ou de lien avec un comité externe ou absence de sollicitation - Projet d'établissement : existe mais engagement non respecté C'est comme les valeurs de certains organismes gestionnaires, le problème n'est pas les valeurs mais la déclinaison (ou l'absence de déclinaison) de ces valeurs auprès des personnes accompagnées - Pas d'interlocuteurs identifiés en cas de situations préoccupantes, « problèmes », terme trop vague --> d'alerte - Fin de prises en charge --> préciser non justifiée - Absence de circuit de signalement des maltraitements (les professionnels à mettre dans le chapitre professionnel) - Difficultés de régulation de violences ou négligences subies par les personnes en situation de vulnérabilité : négligence et violence sont deux notions différentes, je ferais deux points en insistant sur ce qu'est la violence (qui n'est pas le périmètre du guide) - Faibles remontées d'événements indésirables ou de situations de maltraitance : autant c'est anormal de ne pas déclarer d'EI, il n'y a par contre pas forcément de maltraitance dans les établissements. Cette phrase sous-entend que tous les établissements sont maltraitants - Ajout : Absence de temps ou d'espace dédié à l'analyse professionnelle sur des situations complexes Politique d'achat/budget : matériel, restauration... Locaux non adaptés Isolement de la structure, absence de partenariat avec les structures sanitaires, réseau ou filières
Expert 22	Ajout des points d'alerte suivants : Réponses aux appels malade et capacité de l'institution à les tracer et à les analyser Maintien de la vie de relation, y compris par l'accès à l'information et l'usage des outils numériques

	Surveillance et correction de la dénutrition Traçabilité effective des soins
Expert 23	L'approche systémique préconisée par la HAS reste la grille ALARME où l'on peut retrouver l'ensemble des facteurs de risque associés. Pour être cohérente sur les approches gestion des risques préconisées auprès des établissements, cette grille d'aide au repérage devrait être formalisée selon les 7 facteurs contributifs. Comme mentionné dans mon commentaire sur le guide, le parallèle est aisément réalisable. La grille 1-2 et 3 devrait être une seule approche pour ne pas cloisonner les plans d'action qui sont souvent étroitement liés entre les parties prenantes et ainsi favoriser la co-construction et l'engagement de tous.
Expert 26	La grille pourrait être utilisée sous forme de check-list, avec possibilité de laisser des commentaires
Expert 27	Difficultés liées aux ressources humaines : je rajouterais « conflits au sein de l'équipe », « conflits interpersonnels » Dans les facteurs de risques est noté : « 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 » => ceci n'est pas un facteur de risque mais une maltraitance « Absence de modalités d'écoute de l'expérience des patients dans les moments sensibles » => modifier le terme « patient » par « personne concernée » « Absence de liens organisés avec le comité d'éthique » : il n'y a pas des comités d'éthique partout. Je noterais « absence de lieux tiers » (comité d'éthique, cellule d'appui, personne ressource identifiée) Sur les signaux : « Nombre de plaintes et réclamations en hausse » à compléter par « absence totale de signalement en interne »
Expert 33	Pas de commentaires
Expert 35	Comme dans le guide, je rajouterais le risque financier
Expert 36	Aucun
Expert 39	§ Insuffisance d'engagement de l'établissement : « encadrement non engagé... » et « difficultés de régulation de violences... » semblent plus être des facteurs de risque que des signaux faibles.

Fiche 4 : EXEMPLE DE RETOUR D'EXPÉRIENCE réalisé par la FORAP

Cette fiche 4 vous semble-t-elle utile en pratique ?

Valeur de cotation	Libellé
1	pas du tout d'accord
9	tout à fait d'accord
10	je ne sais pas répondre

Valeurs manquantes : 1 ; Valeur minimum : 1 ; Valeur maximum : 9

Médiane : 8 ; Moyenne : 7,39

Distribution des réponses par cotation en nombre

Échelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	1	0	0	4	2	8	10	13	1

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Échelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	2.50	2.50	0.00	0.00	10.00	5.00	20.00	25.00	32.50	2.50

Expert	Commentaires
Expert 2	Très intéressant.
Expert 3	Prévoir un tableau ou une tabulation pour chaque item pour une meilleure lisibilité
Expert 4	Utile à condition de savoir mettre en œuvre un RETEX, utile pour réaliser la synthèse écrite
Expert 6	Il me semble utile de capitaliser auprès des équipes sur le retour d'expérience pour éviter la récurrence d'un événement
Expert 8	Très illustrative d'une situation, son traitement et du « plan d'action » qui peut en ressortir
Expert 11	Le vocabulaire est très orienté sanitaire. Le champ du handicap pourrait ne pas s'identifier.
Expert 12	Un exemple très parlant avec une situation simple mais connue des professionnels, permettant la prise de conscience
Expert 13	La trame est utile. Intérêt d'inclure un encart avec les questions ouvrant l'analyse

Expert 18	Peut-être un peu difficile à appréhender dans la présentation
Expert 21	L'analyse est systémique, je ne sais pas si c'est l'exemple le plus parlant pour illustrer une situation de maltraitance. Beaucoup d'action sur le soin, moins sur le recueil de la parole de la résidente, lien avec son projet personnalisé
Expert 22	Je n'ai pas eu le temps de regarder
Expert 23	L'analyse réalisée est pertinente mais il manque une partie introductive à cette fiche REX pour la replacer, comme une illustration du repérage d'une situation de maltraitance au décours d'un EIAS au sein du guide.
Expert 27	Le choix d'une description clinique, le vocabulaire utilisé, la mise en forme, tout, absolument tout, renvoie à l'image d'une personne comme objet de soin. C'est à mille lieues d'une approche d'ordre éthique, sensible, incarnée. L'approche est dite systémique car plusieurs facteurs sont passés au crible pour faire la liste de tous les dysfonctionnements de l'établissement (absence de tout). C'est décourageant au possible.
Expert 28	La fiche est intéressante mais très sanitaire dans sa lecture. Un autre exemple avec des professionnels du secteur social et sur une autre forme de maltraitance serait pour le moins pertinent (ex. : relation d'un éducateur avec un adulte en situation de handicap en ESAT ou en foyer). Le prisme très sanitaire ne rend pas la fiche utile à mon sens pour les travailleurs sociaux.
Expert 32	Cas « simple ». Ne faudrait-il pas faire une 2^e vignette illustrant une situation de « maltraitance plus institutionnelle » ?
Expert 33	Le sujet identifié « Transfert avec releveur mobile sans consentement » est intéressant en ce qu'il explicite mais ne faudrait-il pas prendre un exemple de RETEX sur des situations répétées et constatées - contention - chute itérative de PA ??
Expert 34	Oui, car elle identifie les différentes causes de cette situation de maltraitance
Expert 38	Bien noter dans le titre qu'il s'agit d'un exemple.
Expert 39	Il y a un risque de confusion et/ou d'incompréhension par les professionnels car il s'agit de l'analyse approfondie d'un EIGS à l'occasion de laquelle on a identifié une situation de maltraitance comme facteur contributif. Ce n'est pas directement l'analyse d'une situation de maltraitance.
Expert 40	Quelques points à clarifier

Avez-vous des commentaires, des modifications ou des précisions à apporter sur cette fiche ?

Expert	Commentaires
Expert 2	Je ne comprends pas les termes : récupération et atténuation. Le plan d'action devrait indiquer les échéances.
Expert 4	Dans le plan d'action : la catégorisation des actions en prévention, atténuation ou récupération n'est pas évidente.
Expert 5	Redéfinir dans le plan d'action les notions de « barrières », « prévention », « récupération » et « atténuation »
Expert 8	Non
Expert 12	Très clair
Expert 13	À J19, l'intervention de l'IDE pourrait être complétée par ce qui a trait à l'information de la personne, à la recherche des modalités de la compréhension de la personne et de ce qui concourt à sa coopération lors des transferts, la recherche de douleur/anxiété avant, pendant, après, ainsi que la mise en œuvre d'un compagnonnage direct lors du soin avec les AS utilisatrices. Revoir la formulation concernant la prescription médicale : utiliser une aide technique pour une installation/mobilisation d'une personne est du rôle propre notamment d'une IDE. C'est l'évaluation clinique qui est réalisée qui guide le choix dudit matériel. Le besoin d'une prescription médicale est uniquement lorsqu'il y a un diagnostic médical concernant l'état de santé de la personne qui nécessiterait le recours ou non à un type donné de matériel aidant au lever/transfert (exemple : pas d'appui ; post-chute...). L'expertise des autres métiers (notamment ergothérapeute cité, mais aussi psychomotricien, kiné pour ne citer que ceux-là) est bienvenue pour optimiser les choix (à la personne, mais aussi dans le plan d'équipement). RETEX : Intérêt d'avoir une procédure décrivant ces situations, notamment dans les contextes courants nécessitant un transfert Intérêt du compagnonnage et des formations-actions courtes (notamment en binôme référents acteurs soins infirmiers/rééducateurs IDE/ergo ou IDE/kiné ou AS/psychomotricien...)
Expert 16	Non, c'est parfait, une bonne analyse de l'ensemble des problématiques, avec une bonne visibilité et lisibilité de l'ascension des recours intra-hospitaliers, tel le recours au psychologue qui ne serait pas nécessaire si l'AS et l'IDE étaient formés et informés quant à la bientraitance, bienveillance, aux recommandations et au respect dans l'interaction des besoins de la personne vulnérable plutôt que d'être en posture de pouvoir, voire d'abus de pouvoir face à ces usagers trop souvent non écoutés et non entendus...
Expert 18	Analyse systémique Points clés de la chronologie des faits

	J-15, J-16, J-19 et J-20 ne devraient-ils pas être remplacés par J+15, J+16, J+19 et J+20 ? S'il s'agit bien d'une avancée dans le temps. Proposer aussi un ou des retours d'expérience qui concernent la récupération et l'atténuation
Expert 19	Expliciter la démarche, notamment causes immédiates et causes profondes (renvoi à une fiche plus complète de la méthode ALARM peut-être (à mettre en encadré au-delà de la frise dans le document de synthèse))
Expert 23	L'analyse réalisée est pertinente mais il manque une partie introductive à cette fiche REX pour la replacer, comme une illustration du repérage d'une situation de maltraitance au décours d'un EIAS au sein du guide.
Expert 24	Très bien, très explicite et pratique pour le terrain
Expert 27	Que signifie « algique » ? Je ne comprends pas la lecture qu'il faut faire du tableau en dernière page
Expert 29	Trop spécifique
Expert 33	VOIR CI-DESSUS commentaire apporté
Expert 35	Dans les impacts, je rajouterais le risque infectieux important que représente la plaie Dans le tableau d'identification des causes profondes, pourquoi est-il fait allusion aux proches très impliqués ? Cela sous-entend que les conséquences pourraient être moins graves si la personne n'avait pas de proches ou s'ils étaient peu présents
Expert 36	On ne peut pas parler d'un bénéfice détourné, en revanche, il faut mettre en avant le défaut de formation au recours au lève-malade, imposer pour le recours au lève-malade une prescription médicale est un peu exagéré, en revanche, il faut insister sur l'écoute du patient (sans troubles cognitifs) et sur la formation du personnel à l'utilisation et peut-être communiquer en matériovigilance sur la possibilité de blessures et sur le matériel adapté (poids, taille, etc.)
Expert 39	Il y a un risque de confusion et/ou d'incompréhension par les professionnels car il s'agit de l'analyse approfondie d'un EIGS à l'occasion de laquelle on a identifié une situation de maltraitance comme facteur contributif. Ce n'est pas directement l'analyse d'une situation de maltraitance.
Expert 40	Le déroulé des événements manque de clarté, on a du mal à comprendre ce qui s'est passé dans la situation décrite.

Fiche 5 : ACTIONS POUR DÉPLOYER LA DÉMARCHÉ

Cette fiche 5 vous semble-t-elle utile en pratique ?

Valeur de cotation	Libellé
1	pas du tout d'accord
9	tout à fait d'accord
10	je ne sais pas répondre

Valeurs manquantes : 2 ; Valeur minimum : 5 ; Valeur maximum : 9

Médiane : 9 ; Moyenne : 7,93

Distribution des réponses par cotation en nombre

Échelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	4	1	9	5	20	0

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Échelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	0.00	0.00	10.26	2.56	23.08	12.82	51.28	0.00

Expert	Commentaires
Expert 2	Très pertinente.
Expert 3	Ne pourrait-on pas ajouter : À quelle date l'auto-diagnostic a été réalisé et qui l'a conduit ? Manque de nuance dans l'évaluation et d'espace pour les commentaires, exemple : si une action est en cours, est-elle correctement mise en œuvre et si oui, est-elle efficace ? Ne faut-il pas prévoir une procédure de suivi de la fiche si cette dernière doit être remplie par l'ensemble des acteurs indiqués (gouvernance, management, professionnels, référents, etc.) ?
Expert 6	Avec un bémol sur l'absence de références juridiques quand elles sont applicables
Expert 8	Exhaustive, elle semble pouvoir être utilisée à différents niveaux pour balayer les pratiques. Ainsi, j'imagine que cela doit permettre de faire un premier diagnostic de la situation puis ensuite de faire un état des lieux régulier.
Expert 11	Un outil directement utilisable et compréhensible

	qui permet de dégager un plan d'action immédiat.
Expert 12	Très clair
Expert 13	Intérêt d'avoir un équilibre dans les items avec la promotion de la bientraitance comme avec la maltraitance. Exemple // identification des risques maltraitance et organisation de RETEX : inclure même puce : identification des modalités de bientraitance et organisation de RETEX (description de la situation, y compris complexe, avec ce qui est fait concrètement pour limiter tout risque pouvant être prévenu soit une autre manière de dire les choses) : Importance de nommer les choses avec ces deux facettes qui optimisent l'adhésion des professionnels à déplacer les limites imposées par les organisations
Expert 14	Là, il y a bien des cases à cocher, donc c'est bien. Pas de paragraphe sur les familles, ni sur leur participation à la vie de leur enfant ou proche alors qu'on parle ici de personne vulnérable souvent sans capacité à s'exprimer. Uniquement les représentants des usagers, ce qui n'est pas la même chose car pas au même niveau. La situation personnelle va souvent être traitée individuellement et donc si possible ou nécessairement avec la famille.
Expert 20	Sur le fond, toutes les actions sont pertinentes. Sur la forme, il faut sans doute imaginer plutôt plusieurs fiches car pour les professionnels prenant en charge la personne, c'est par équipe qu'il faut la remplir. Pour la personne accueillie, il faut sans doute proposer un « mode d'emploi » car on peut imaginer que c'est un auto-diagnostic par personne mais concrètement comment le remplir ? Le reste des items est plutôt institutionnel.
Expert 21	Dans le guide, on part de la personne puis des professionnels puis de l'institution et là, c'est l'inverse. Garder l'ordre du guide ?
Expert 23	Il s'agit de la check-list du plan de lutte contre les maltraitances. Il faut le présenter comme tel pour que les établissements puissent s'en saisir et en comprendre le sens.
Expert 27	N'est-ce pas redondant avec tous les items des référentiels qualité ? N'est-ce pas une avalanche de prescriptions qui peut paraître décourageante ? Je trouve que le guide est suffisamment clair et convaincant pour ne pas le résumer à des pages d'items à cocher. Peut-être connaissez-vous le dessin satirique que je vous mets en pj ? Je pense que c'est un écueil à éviter dans cette recommandation.
Expert 31	Synthétique, opérationnel, très facilement mobilisable
Expert 34	OUI, format de la fiche très pragmatique pour un auto-diagnostic
Expert 40	Il faudrait rajouter un item concernant les RPC HAS ou RBP et autres recommandations des sociétés savantes.
Expert 41	La notion de référents mériterait d'être mieux décrite. Dans un contexte de pénurie de personnels, ces référents doivent avoir un temps dédié pour se consacrer à la prévention des risques et à l'étude et au repérage des signaux faibles La bientraitance est l'affaire de tous mais elle nécessite d'être « portée » par l'institution

Avez-vous des commentaires, des modifications ou des précisions à apporter sur cette fiche ?

Expert	Commentaires
Expert 1	L'auto-diagnostic me semble complexe à répondre pour l'établissement sur certains items car les questions ne me semblent pas assez générales. Par exemple, « personne accueillie - ne pas hésiter à alerter en cas de problème » n'est pas une action pour laquelle l'ETS va pouvoir répondre un « oui » franc et massif, car dépend de chaque individu. Peut-être faudrait-il préférer une autre formulation avec plutôt une action attendue telle que « sensibiliser les personnes accueillies », « réaliser un sondage auprès des personnes accueillies pour s'assurer qu'elles ont connaissance de la procédure d'alerte en cas de problème... »
Expert 2	Le plan d'action devrait prévoir des échéances.
Expert 4	Peut-être davantage de précisions quant aux alertes (qui alerter ?)
Expert 8	Non
Expert 10	Se former et prévoir un plan de formation pour l'ensemble du personnel (bientraitance/prévention maltraitance/spécificité de la population accueillie/sciences humaines) -> rajouter éventuellement la thématique de l'empathie dans le plan de formation
Expert 12	RAS
Expert 13	Même si cela ne dédouane en aucune façon d'une pratique maltraitante, le ratio professionnels/personnes soignées est une pièce du puzzle à reconnaître et à rechercher à optimiser. Parmi les sources de maltraitance ordinaire pour exemples (en dehors de ce qui est davantage connu concernant le temps requis pour accompagner aux WC, à la toilette, à l'installation, aux activités sociales, à l'aide aux repas, au sommeil) : l'aide à la prise des médicaments (certains doivent se prendre avant, pendant ou après le repas), le temps de transmissions inter-équipes (depuis les 35 h selon les organisations en 7 h notamment, 5 min de transmission pour un collectif de personnes dépendantes/état de santé instable conséquent. Le temps manque pour partager ce qui est observé des capacités, des « belles choses » du quotidien qui concourent à la qualité de vie, le bien-être de l'instant. L'actualisation du plan de vie et de soin de chaque personne, le temps d'élaboration en équipe pour identifier l'optimisation des modalités favorisant la vie collective, les interactions entre personnes qui recréent une communauté de vie... le partage des éloges et pas uniquement des manques dont souvent les professionnels ont bien conscience... RETEX personnel : mise en œuvre des référents selon le principe du binôme intervenant pour l'analyse, la conduite de projet, le compagnonnage en équipe, les réunions avec l'encadrement paramédical, médical, administratif... réelle plus-value pour la dynamique bientraitance/prévention maltraitance et gestion de la suspicion comme de la maltraitance avérée. Mais pour que cela tienne sur les 365 j/an, équipe de référents à 4 personnes + noyau de formateurs relais parmi les professionnels volontaires de tous les métiers vecteurs du maintien de la dynamique malgré le turnover conjoncturel
Expert 16	Sur la forme, P1, au niveau « service des ressources humaines », 1 ^{er} point, j'écrirais plutôt,

	Se former, planifier et mettre en œuvre (en supprimant le « et » et en le remplaçant par une virgule) Au 3^e point, à la dernière ligne, il faut réécrire « maltraitance » correctement, en supprimant le « at » supplémentaire. Au niveau « management/encadrement », 1^{er} point, de même, j'écrirais plutôt, Se former, repérer et sensibiliser. Il y a un saut en trop entre la 2^e et la 3^e ligne. De même, pour le 5^e point, P2, entre la 1^{re} et la 2^e ligne. Toujours P2, au 3^e point, il serait préférable d'écrire « Valoriser LES bonnes pratiques... aux équipes », plutôt que « des ». Au 4^e point, il serait préférable d'écrire « S'assurer de la bonne connaissance et DE l'application des procédures, et sensibilisER les équipes aux signaux d'alerte ». P3, au niveau « personne accueillie », à la 2^e ligne, du 1^{er} point, COCONSTRUIRE s'écrit ainsi. Au niveau du 3^e point, il faut supprimer le « sur ». Au niveau du 4^e point, je propose d'écrire « Alerter en cas de problème », le « ne pas hésiter » n'étant pas une bonne formulation, car non positive, d'une part, et comprenant le verbe hésiter, d'autre part, qui fera, de toutes les façons, hésiter la personne vulnérable, de par sa situation... Au niveau du 5^e point, j'écrirais davantage « CONNAÎTRE LES numéros d'alerte et LES voies de recours », cela a une connotation plus forte, en termes d'actions à mener !
Expert 18	Peut-être inverser l'ordre des paragraphes pour garder la cohérence des autres fiches et du guide (commencer par la personne accueillie et terminer par l'équipe de direction/gouvernance)
Expert 19	RAS
Expert 21	Pour établissement : mettre le projet d'établissement (point 2) en premier cela définit la politique et ensuite on peut former
Expert 22	Fiche importante, renvoyant au PAQSS. Manque de référencement aux dispositions prévues par le CSP pour les ES et au CASF pour les EMS.
Expert 23	Il s'agit de la check-list du plan de lutte contre les maltraitances. Il faut le présenter comme tel pour que les établissements puissent s'en saisir et en comprendre le sens.
Expert 29	Assurer un personnel suffisant pour les bonnes pratiques
Expert 31	RAS
Expert 32	Ajouter dans « Professionnels prenant en charge la personne » : - Formalisation et actualisation régulière du projet personnalisé de soins, de vie, d'accompagnement.
Expert 33	Il semblerait utile de répéter cette évaluation - à plusieurs périodes de temps

	- à mettre en œuvre lors de l'arrivée de personnels remplaçants - en réunion pluripro pour que l'établissement mesure la progression ?
Expert 35	Insister sur la formation initiale et continue incluant TOUS les professionnels de l'équipe Projet d'établissement écrit et s'y référer régulièrement afin de se l'approprier Faire appel à personnes ressources extérieures et associations de malades et de familles Promouvoir des temps de questionnement éthique, d'analyse de pratique et de régulation
Expert 36	J'ajouterais quelque part le rôle du comité d'éthique qui n'est pas cité et qui a sa place pour la mise en place des actions
Expert 40	MANAGEMENT/ENCADREMENT - s'assurer de la diffusion des RPC, RBP, recommandations des sociétés savantes vers les équipes

Fiche 6 : RÉSUMÉ DU GUIDE

Cette fiche 6 vous semble-t-elle utile en pratique ?

Valeur de cotation	Libellé
1	pas du tout d'accord
9	tout à fait d'accord
10	je ne sais pas répondre

Valeurs manquantes : 1 ; Valeur minimum : 3 ; Valeur maximum : 9

Médiane : 9 ; Moyenne : 8,06

Distribution des réponses par cotation en nombre

Échelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	1	3	1	0	3	6	25	1

Distribution des réponses par cotation en pourcentage

Échelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses en %	0.00	0.00	2.50	7.50	2.50	0.00	7.50	15.00	62.50	2.50

Expert	Commentaires
Expert 2	Très synthétique et lisible.
Expert 3	Visuel coloré pertinent À qui ce document s'adresse-t-il ? Chaque acteur (gouvernance, dirigeance et équipe) doit pouvoir s'en emparer et appliquer à chacun de ses champs d'intervention les préconisations indiquées
Expert 4	Résumé sur 1 page = top Titre à revoir ?? Gestion des signaux de maltraitance induit qu'on a raté les signaux d'alerte et qu'on se trouve à gérer les situations de maltraitance sans avoir pu les prévenir grâce à ces signaux d'alerte.
Expert 8	Synthétique et clair en une page, peut-être à afficher dans les salles de réunion, près des copieurs/scanners...

Expert 11	Un document exploitable directement auprès des équipes. Recommander son affichage.
Expert 12	Peut-être l'utilisation en plus du code couleur de pictogrammes pour les 3 catégories car la version couleur n'est pas accessible à tous
Expert 13	Fiche synthèse utile. Quelques reformulations intéressantes à questionner avec le groupe rédacteur : Rubrique alertes moments sensibles : proposition de rajouter « changement de l'état de santé », « deuils » et « chute » (impacts des chutes même sans gravité étant souvent « oubliés » alors que fréquemment sources de douleurs provoquées, d'anxiété réactionnelle, repli sur soi) Rubrique maltraitance : « vigilances » : intérêt de reformuler par exemple : veiller collectivement à la prise de conscience des potentielles mauvaises pratiques
Expert 14	Les premier et dernier paragraphes, bientraitance et maltraitance, sont sur la personne accueillie en établissement alors que les signes d'alerte sont quasiment uniquement sur des difficultés rencontrées par les professionnels... et que par des causes externes, conjoncturelles (manque de personnel) ou dans leur environnement professionnel (collègues, conflits internes, etc.) qui seraient facteurs de risques de maltraitance ou signes d'alerte, alors qu'en dernier on évoque en une ligne la personne elle-même et trop brièvement alors que c'est par l'attention donnée à ces changements de comportement que les professionnels vont faire preuve de bienveillance et ainsi prévenir ou repérer, traiter, la maltraitance. Les difficultés que rencontrent les professionnels actuellement les mettent effectivement dans une situation de tension mais ils ne sont pas tous maltraitants pour autant ou alors c'est un moyen de dire qu'on leur pardonne tout à cause des tensions dans ce secteur... ce qui est plus que discutable.
Expert 15	Oui, c'est un résumé clair qui peut être remis à chaque professionnel et affiché dans les locaux pour l'avoir en réflexion quotidiennement.
Expert 17	Résumé synthétique qui doit permettre aux différents professionnels de devenir actifs et préoccupés par les risques de maltraitance et leurs repérages La survenue d'éventuelles maltraitements ne restera plus dans le silence !
Expert 18	On parle bien de la même fiche 6 Déploiement de la bientraitance et gestion des signaux de maltraitance en institution ?
Expert 19	RAS
Expert 21	Format 1 page bien Si résume le guide : mettre même titre Quel est l'objectif de cette fiche : résume le guide ? résume les actions à mettre en place ? il n'y a pas la partie établissement, moyens à mettre en place ? incontournables ? Résultats attendus Reprendre les encadrés du guide ?? En résumé, nous avons eu du mal à comprendre la finalité de cette fiche, la finalité de la démarche est la gestion d'une situation et la mise en place d'actions préventives et correctives et là on s'arrête à la définition

Expert 22	Je n'ai pas eu le temps de regarder
Expert 24	Fiche très bien réalisée Parfait pour de l'affichage
Expert 26	Cette fiche peut être affichée dans les services, c'est pratique pour les équipes
Expert 27	Je trouve que ce document pourrait être une conclusion du guide et pas une fiche numéro 6
Expert 31	Synthétique et facilement lisible et compréhensible. Support simple pouvant être mobilisé en affichage ou en support de formation
Expert 34	Très bonne synthèse du dossier. Très clair et précis et accompagné d'exemples, ce qui donne une meilleure visibilité. En ce qui concerne les fiches, elles sont très explicites et seront un bon guide pour les personnels. BRAVO et MERCI pour tout ce travail réalisé. Point de vue personnel Il va falloir faire évoluer les consciences, les comportements ainsi que la prise en charge des résidents dans les différentes structures. Ressenti vécu personnel de situations dans un EHPAD (j'ai accompagné maman atteinte de la maladie d'Alzheimer pendant 11 ans dans un établissement) : je sais que dans certaines structures c'est compliqué car il y a un manque de personnel mais il faut quand même être bienveillant et avoir en tête que le résident que l'on a en face pourrait être un membre de notre famille donc il faut être vigilant dans nos faits et gestes et accompagner chaque personne de la meilleure et même façon. Je ne souhaite pas du tout dans mes propos incriminer l'ensemble du personnel soignant. DANS MON CAS PERSONNEL Dans la structure où était maman, si je n'étais pas allée la voir un matin car la veille elle n'était pas bien, elle serait décédée 2 mois après son entrée car elle avait une grosse auréole marron sur le drap de dessous, elle était très déshydratée, je suis donc allée rencontrer la directrice. Il y avait des résidents qui n'avaient pas de famille proche ou pas de famille du tout donc quand je constatais des situations qui n'étaient pas acceptables, je le disais directement aux personnes concernées afin qu'elles essaient de se remettre en question plutôt que de passer par la direction pour ne pas qu'elles soient sanctionnées. J'ai été convoquée par le médecin, l'infirmière coordinatrice ainsi que la psychologue. On m'a signifié que je n'avais pas à m'occuper des autres résidents et que si je n'étais pas contente que je prenne ma mère et que je parte. J'ai refusé et dit que ce que je disais et faisais, c'était pour le bien-être de la personne et qu'elle devait être respectée et traitée avec bienveillance. Ensuite, je suis rentrée au C.V.S. Il y a une quinzaine de jours, j'ai entendu le récit suivant : un monsieur va rendre visite à son épouse qui est en EHPAD (elle est atteinte de la maladie d'Alzheimer), lorsqu'il arrive à sa chambre, il constate que du personnel soignant était autour de son lit, ils riaient et un soignant était en train d'embrasser la dame sur la bouche. DES CAS ISOLÉS DE PERSONNEL COMME ÇA METTENT EN PORTE À FAUX L'ENSEMBLE DE LA PROFESSION.
Expert 35	Dans le premier encart, cela est curieux de lire « s'allier avec les proches aidants » D'une manière générale, je la trouve trop générique

Expert 36	J'adore cette représentation, il manque dans les signaux côté professionnels encadrement insuffisant ou non sensibilisé
Expert 39	Sous l'encadré « Signaux d'alerte » : indiquer « Facteurs de risque et signaux faibles » (pour faire écho à la terminologie du guide)
Expert 40	Partie bientraitance : rajouter « se tenir à jour des recommandations » après « se questionner sur ses pratiques » Partie maltraitance : on ne comprend pas bien, il faudrait donner des exemples concrets comme dans les parties bientraitance et signaux d'alerte. Ici, il n'y a que des généralités.

*Avez-vous des commentaires, des modifications ou des précisions à apporter sur cette fiche ?

Expert	Commentaires
Expert 3	À qui ce document s'adresse-t-il ? Chaque acteur (gouvernance, dirigeance et équipe) doit pouvoir s'en emparer et appliquer à chacun de ses champs d'intervention les préconisations indiquées
Expert 5	La partie « signaux d'alerte » rapportés ne semble concerner que les professionnels de santé ; il serait intéressant de reprendre les signaux d'alerte « chez la personne accueillie, chez les professionnels, au sein de l'institution »
Expert 8	Non
Expert 13	Parmi les documents créés contribuant à la promotion de la bientraitance et à la prévention du risque de maltraitance (notamment « ordinaire »), plusieurs productions réalisées avec les référents et les formateurs relais, en appui des analyses de situations courantes : - trame type de formation-action Principes clés Bientraitance au quotidien - rédaction de courtes situations empruntées au quotidien dans tous les secteurs de la structure avec deux ou trois questions permettant à chacun des acteurs de se situer dans son propre champ de responsabilité/possibilité d'intervention (notamment dans les lieux communs...) - grilles d'analyse travaillées avec les représentants des usagers - action de la direction des soins pour solliciter la DRH afin de rendre des synthèses communicables à tous (par semestre, par année) rendant compte des déclarations et des suites données (ce manque de retour concernant la suite d'une déclaration ressort dans l'écoute des professionnels (« on ne sait pas ce que cela devient... », « certains sont protégés par rapport à d'autres », « cela ne sert à rien de signaler parce que... »...) : cette trame d'analyse a bien aidé à la pérennisation de la conduite de projet au fil des années - la co-construction avec les équipes et les représentants des usagers, la validation des outils avec les différentes instances (CSIRMT, CME, CDU, comité des résidents...) - des audits ciblés à périodicité régulière avec 4 ou 5 items maximum recueillis par les acteurs concernés (organisation avec l'encadrement de proximité notamment)

	- focus sur les situations spécifiques à certains moments des 24 h qui permet une fois mises en commun de rendre compte des ressources/difficultés et « astuces » métiers permettant de rester acteurs de ces principes « bientraitance » Les principes éthiques et déontologiques sont de fait communs à toute activité et pas uniquement les plus complexes. La formulation pour en rendre compte est essentielle Documents de référence déjà transmis lors de la note de cadrage. Possibilité de les faire parvenir sur demande (pas avec moi ce jour, date butoir pour la réponse attendue)
Expert 16	Non, c'est parfait !
Expert 18	Signaux d'alerte Moments sensibles : ajouter périodes de fêtes, avant et après les visites médiatisées
Expert 21	Bientraitance : recourir à l'éthique plutôt développer le questionnement éthique PP que pour le médico-social S'allier avec les proches plutôt s'associer Orange point 1 : lieu de vie pour les professionnels ? environnement de travail, Ajout de la perte de sens qui est très fréquente et source de burn out, absence cohésion d'équipe Quel type de responsabilité ??? absence de référent ? glissement de tâche ? déresponsabilisation ? perte d'engagement ? Point 4 : enlever la posture professionnelle ou préciser la problématique de la posture (posture inadaptée) Point 5 : ex dont douleur pas l'exemple le plus parlant plutôt modification du comportement, de la communication, souffrance psychique En parler alerte : c'est un peu léger Pour les professionnels, il faut des actions également pour ces situations très fréquentes, lien avec la qualité de vie au travail, analyse de pratique ??? Moments sensibles pour la personne, pour les professionnels : on parle déjà d'action et pas seulement des situations pour les professionnels comme pour la personne. Citer les moments sensibles pour les 2 Avec flèche des actions pour les 2, là rien pour la personne (renforcer la surveillance, l'accompagnement ?) Je séparerais personne et pro Rouge : Dans la flèche : alerter/signaler avant la partie RETEX, on ne peut pas faire un RETEX sur ce qui n'a pas été signalé (sinon c'est de l'analyse de pratique) Ajout dans cette partie au moins l'implication de l'utilisateur et des instances représentatives S'arrêter à la définition et les actions ???
Expert 38	Il pourrait être utile de revoir l'aspect graphique, pour faciliter la lecture.

	Il pourrait aussi être intéressant de montrer en quoi ce guide est différent des autres : il traite des maltraitances en structures sanitaires ET ESSMS.
--	--

Quels sont les 5 messages clés les plus importants à retenir ?

Message 1 : À identifier ci-dessous

Expert	Commentaires
Expert 3	Détenir des projets personnalisés actualisés avec des objectifs mesurables
Expert 4	Valoriser les pratiques favorisant la bientraitance
Expert 5	Savoir définir une situation de maltraitance pour savoir la repérer
Expert 8	Ce qui prime, c'est la volonté, la demande, le souhait exprimé par l'utilisateur.
Expert 9	Garantir aux personnes accueillies et à leurs proches leur liberté de choix et leur pouvoir d'agir Repérer les situations à risque. Réfléchir en équipe pluridisciplinaire à des moyens d'action pour les prévenir.
Expert 10	- Considérer la personne accompagnée comme une personne à part entière, dans sa globalité, ne pas la réduire à ses vulnérabilités, à sa problématique quelle qu'elle soit (addiction, situation de prostitution...) - Reconnaître la personne comme détentricrice d'un savoir expérientiel, d'une expertise de vécu, qu'elle peut partager avec les professionnels, en vue de co-construire son projet.
Expert 12	Lever le tabou des maltraitances en établissement
Expert 13	La bientraitance recouvre tout ce qui est ancré dans le concept du prendre soin. Quels que soient le contexte et l'activité/le soin à réaliser, l'adaptation des modalités relationnelles mises en œuvre avec la personne soignée par le professionnel est un choix (une posture réflexive choisie) lors de l'interaction du moment, quels que soient son métier et les contraintes organisationnelles du milieu d'exercice.
Expert 14	Prévenir la maltraitance par : une veille attentive de la personne accompagnée en établissement à travers tous les signes d'alerte connus (changement de comportement, état de santé, etc.) un dialogue permanent (avec les outils à la communication nécessaires si besoin) avec la personne et/ou sa famille afin de recueillir ses choix, sa satisfaction ou pas, s'assurer de sa compréhension sur l'accompagnement qui lui est apporté (projet de vie) faire respecter les RBPP (formation, supervision) afficher et donner tous les numéros et procédures nécessaires pour signaler tous actes de maltraitance
Expert 15	La bientraitance et la lutte contre la maltraitance concernent l'ensemble des personnes interagissant autour de la personne accompagnée.
Expert 16	Bientraitance ET bienveillance sont indispensables dans le cadre du SOIN pour TOUS les usagers et, <i>a fortiori</i> , lorsque ceux-ci présentent une vulnérabilité quelle qu'elle soit...

Expert 18	Repérer les signes de maltraitance
Expert 20	Formation, analyse des pratiques, retours d'expérience
Expert 21	Engagement de toutes les parties prenantes (direction, professionnels, représentants des usagers et personnes accompagnées) dans une politique de bientraitance et de prévention de la maltraitance
Expert 22	Être proactif plus que réactif = mettre en place en premier des conditions favorables à des comportements et une relation bientraitante, avant de réagir aux situations maltraitantes
Expert 23	La promotion de la bientraitance et la lutte contre les maltraitements sont étroitement liées pour une approche préventive et apprenante de la qualité et la sécurité de l'accompagnement.
Expert 24	Savoir reconnaître les situations de maltraitance
Expert 25	Déclaration systématique des actes de maltraitance
Expert 26	L'importance de sensibiliser les professionnels, les aidants et tout autre intervenant aux facteurs de risques et signaux faibles
Expert 27	La maltraitance est multifactorielle et recouvre des situations très diverses mais 4 questions clés permettent de l'identifier
Expert 28	Rappel de la définition de la maltraitance. Une version FALC serait utile...
Expert 29	Vigilance sur les situations à risque (sans oublier que le résident peut lui-même être auteur de maltraitance vis-à-vis d'un soignant ou d'un autre résident)
Expert 30	La maltraitance concerne les personnes en situation de vulnérabilité, quelle qu'en soit la cause (âge, handicap, mais aussi précarité par exemple). Tous les secteurs sont donc visés et non seulement PH/PA.
Expert 32	Connaître et repérer les facteurs de risques et les signaux faibles, pour prévenir la maltraitance.
Expert 33	Différence entre violence et maltraitance et pour maltraitance en lien avec la relation d'aide apportée à la personne vulnérable
Expert 35	La bientraitance n'est pas la bienveillance
Expert 37	La démarche de bientraitance représente une dimension majeure de la démarche d'amélioration continue de la qualité.
Expert 38	La maltraitance a été rendue plus visible et n'est plus tolérée dans nos sociétés
Expert 39	Favoriser le recueil de l'avis et de l'expérience de l'utilisateur
Expert 40	Respect du patient, écoute et accompagnement.

Message 2 : À identifier ci-dessous

Expert	Commentaires
Expert 3	Être attentifs aux signaux d'alerte
Expert 4	S'outiller pour repérer et identifier une situation de maltraitance
Expert 5	Des signaux de maltraitance peuvent être repérés chez la personne accueillie, mais aussi auprès des professionnels et au sein de l'institution.
Expert 8	L'encadrement doit faire vivre les notions de bientraitance et de prévention des maltraitances au quotidien (espaces pluriels de parole pour les usagers comme pour les professionnels, groupes de travail, commission, etc.)
Expert 9	Aider les professionnels à prendre du recul sur leurs pratiques, par le biais de réunions, de réflexions en équipe, de formations
Expert 10	- Respect de l'auto-détermination des personnes accompagnées/concernées (la favoriser autant que possible) - Développer le pouvoir d'agir des personnes accompagnées/concernées - Associer, impliquer les personnes aux actes les concernant en vue d'aboutir à une co-décision - Respect du choix/de la décision de la personne : consentement éventuel ou refus
Expert 12	Reconnaître une situation de maltraitance
Expert 13	Si la bientraitance n'est pas l'inverse de la maltraitance, en revanche, l'identification et l'appropriation des modalités opérationnelles de mise en œuvre de la bientraitance favorisent la prévention des risques de maltraitance ordinaire
Expert 14	Traiter la maltraitance Recueillir la parole de la personne et la prendre en compte Mettre en place immédiatement toutes les mesures nécessaires pour sécuriser la personne Faire remonter aux autorités tous les incidents pour avoir un suivi externe (bilan, actions mises en place, rapport de fin d'incident) Faire un bilan avec la personne (et/ou sa famille) sur la résolution de l'incident et pas seulement entre professionnels, pour rassurer
Expert 15	L'analyse régulière des pratiques est la première des préventions.
Expert 16	Écouter ET entendre ce que dit l'usagère, l'usager.
Expert 18	Impliquer tous les acteurs des établissements : professionnels techniques, médicaux, sociaux, chefs de service, direction, gouvernance
Expert 21	Recueil de la parole de la personne accompagnée
Expert 22	Donner la parole au collectif pour remettre régulièrement en question les pratiques

Expert 23	La démarche concerne chaque professionnel, quelle que soit sa place dans l'institution : manager de haut niveau, encadrement intermédiaire, professionnels médico-soignants, de l'accompagnement, éducatifs, administratifs, techniques et logistiques.
Expert 24	Mettre en place des actions auprès de la personne accueillie
Expert 25	Formation de l'ensemble du personnel
Expert 26	Informar les personnes accompagnées sur leurs droits et les signaux d'alerte de manière effective
Expert 27	Il faut pouvoir mettre en place des actions préventives mais surtout des circuits efficaces d'identification, de traitement, de suivi en cas de situation de maltraitance
Expert 28	La différence entre la maltraitance et la bientraitance
Expert 29	Connaître les différents types de maltraitance qui ne sont pas seulement liés au soin
Expert 30	Le respect des droits fondamentaux et de la dignité humaine est au cœur de la lutte contre les maltraitements et de la promotion de la bientraitance.
Expert 32	Formation des professionnels aux RBPP (dont celle sur la prévention de la maltraitance, mais pas uniquement) et application de ces RBPP dans les établissements.
Expert 33	Définir les responsabilités et les rôles de chaque personne accueillie, professionnels et établissement
Expert 35	Il est important de connaître les situations à risques de maltraitance
Expert 37	La bientraitance et la maltraitance sont des notions complexes
Expert 38	Il faut agir de manière concertée et systémique. On ne peut pas être bien traitant « tout seul », sans une équipe et une direction qui soutiennent la démarche.
Expert 39	Analyser les pratiques en équipe pluriprofessionnelle, de manière régulière, organisée et bienveillante
Expert 40	Mise en place d'un environnement propice à la bientraitance

Message 3 : À identifier ci-dessous

Expert	Commentaires
Expert 3	Anticiper les mouvements de personnel et phases de transition
Expert 4	Diffuser largement les différents moyens d'alerter
Expert 5	Toute situation de maltraitance, quel que soit son niveau de gravité, doit faire l'objet d'un signalement et d'un traitement.
Expert 8	Des circuits de recueil et de traitement des EI, EIG, EIAS, EIGS doivent être formalisés.
Expert 9	Identifier des personnes référentes et pluriprofessionnelles, 2 ou 3 dans chaque équipe qui seront des personnes ressources.
Expert 10	Respect de l'intimité et de la vie privée - Porter une vigilance particulière aux actes (hygiène/soins/actes médicaux) qui nécessitent un contact physique entre le professionnel/la personne et plus particulièrement ceux relatifs à l'intimité - Prise en compte de la douleur physique et/ou mentale/psychique - Ne pas infantiliser les personnes - Discrétion professionnelle
Expert 12	Alerter une situation de maltraitance
Expert 13	Quels que soient le métier et le lien professionnel/familial/social, chacun est concerné, que l'on soit témoin ou acteur involontaire.
Expert 14	NE pas mettre des pratiques interdites en avant comme possibles.
Expert 15	Tout acte peut devenir maltraitant s'il n'y a pas de temps de prise de recul.
Expert 16	Nécessité d'obtenir son consentement avant TOUT geste.
Expert 18	Maintenir la vigilance de tous, tout le temps, par rapport à la maltraitance
Expert 21	Importance du questionnement éthique et de l'analyse de pratique
Expert 22	Prendre en compte les aspects organisationnels : charge en soins, manque de personnels, rotation des équipes
Expert 23	Une inscription dans le projet d'établissement décliné en objectifs, priorités et actions au plus proche des équipes est la seule voie pour permettre une intégration pérenne dans le fonctionnement de l'établissement.
Expert 24	Mettre en place des actions auprès des professionnels
Expert 25	Bonne définition des actes de maltraitance
Expert 26	Engager la direction en amont de la démarche afin qu'elle engage les professionnels dans une culture positive du signalement et les sensibilise en continu à la bientraitance/lutte contre la maltraitance

Expert 27	La bientraitance n'est pas un projet à déployer mais une philosophie d'accompagnement qui doit irriguer les pratiques de tout professionnel engagé dans une relation d'aide, d'accompagnement ou de soins
Expert 28	La nécessité de lever le voile sur ce sujet dans les structures et de partager le sujet en interne et avec les ATC
Expert 29	Identifier le scénario ayant conduit à la situation de maltraitance
Expert 30	La bientraitance n'est pas strictement l'absence de maltraitance et est à distinguer de la bienveillance.
Expert 32	Mettre en œuvre une démarche qualité au sein des établissements : - Formation des professionnels et animation du collectif. - Procédures internes de déclaration des EI et signalements. - Organiser retour d'expérience et plan d'actions correctrices.
Expert 35	La maltraitance n'est pas uniquement physique
Expert 37	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.
Expert 38	Lutter contre la maltraitance n'est pas suffisant pour être bientraitant.
Expert 39	Promouvoir la bientraitance institutionnelle (engagement de la direction)
Expert 40	Prévenir, signaler et réparer la maltraitance

Message 4 : À identifier ci-dessous

Expert	Commentaires
Expert 3	Sensibiliser et former
Expert 4	C'est l'affaire de tous : personnes accompagnées, soignants, managers, familles
Expert 5	La bientraitance est un engagement partagé et solidaire entre les personnes accueillies, les professionnels et l'institution.
Expert 8	Aucune situation ne doit être minimisée/banalisée.
Expert 9	Du côté de la structure : repérer les risques professionnels, organiser les ressources humaines en adéquation avec la charge de travail effective, et assurer une qualité de vie au travail. Du côté des organismes de tutelle : augmenter les ratios aides-soignants/résidents pour permettre aux structures l'ouverture de postes supplémentaires d'aides-soignants de façon à arriver à 1 aide-soignant pour 7 résidents maximum
Expert 10	- Se montrer à l'écoute de la parole des personnes accompagnées ou de toute autre forme d'expression en vue de recueillir leurs attentes, demandes, mais également de pouvoir repérer un mal-être potentiel. Ne pas hésiter à questionner les personnes en cas de doute concernant une potentielle situation de maltraitance. Se montrer rassurant et « déculpabiliser » les personnes.
Expert 12	Outils pour la mise en place de la bientraitance pour l'évaluation et le développement
Expert 13	Les retours d'expérience démontrent qu'associer le recueil des éloges au recueil des plaintes et à la déclaration des presque événements/événements indésirables produit un impact favorable sur la dynamique individuelle et collective à tendre à améliorer les pratiques, y compris dans les milieux contraints d'exercice comme le sont ceux qui accueillent notamment des personnes âgées/handicapées/dépendantes associant ou pas des polypathologies chroniques/symptômes de vieillissement pathologique.
Expert 15	Échanger, discuter des situations rencontrées entre collègues, avec la direction, avec les proches.
Expert 16	SE FORMER et S'INFORMER : devrait être la 1 ^{re} préoccupation du personnel « médico-psycho-socio-soignant ». Ce sera peut-être plus facile à obtenir via la certification des professionnels à ordre, mais il restera, malgré tout, beaucoup de professions paramédicales non concernées, aide-soignant(e), auxiliaire de puériculture, manipulateur en radiologie, assistante médico-administrative...
Expert 18	Être dans une posture bienveillante à chaque instant, au quotidien
Expert 21	Formation initiale et continue de l'ensemble des professionnels au repérage et à la gestion d'une situation de maltraitance
Expert 22	Vigilance de l'étage de direction, et surveillance de signaux/indicateurs dans le cadre du PAQSS

Expert 23	La promotion de la bientraitance et la lutte contre les maltraitements ont une résonance particulière avec la démarche de réflexion éthique et la qualité de vie au travail et des conditions de travail.
Expert 24	Mettre en place des actions au sein de la structure
Expert 25	Implication des résidents et des familles dans le suivi des plaintes
Expert 26	Organiser des retours d'expérience et analyses des pratiques
Expert 27	Une implication et un portage institutionnels sont indispensables, faute de quoi on laisse reposer sur des individus des responsabilités impossibles à endosser
Expert 28	Faire connaître leurs droits aux personnes, au-delà du jour d'accueil, et les intégrer en permanence dans les pratiques professionnelles
Expert 29	Avoir une supervision pour les soignants, mais aussi pour les aidants, indépendante de l'établissement
Expert 30	La vulnérabilité peut être évolutive, il est important de l'analyser durant tout l'accompagnement de la personne.
Expert 32	Formalisation et actualisation régulière du projet personnalisé de soins, de vie, d'accompagnement, en lien avec la personne accompagnée. S'assurer de la bonne compréhension de ce projet par la personne accompagnée, en utilisant tous les outils d'aide à la communication nécessaires.
Expert 35	Il est important de mettre en place des RETEX et de réaliser des analyses de pratiques
Expert 37	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'utilisateur en gardant présent à l'esprit le risque de maltraitance
Expert 39	Former en continu les professionnels et les directions à ces sujets (formations conjointes)
Expert 40	Engagement des directions d'établissement et de service pour valoriser la bientraitance

Message 5 : À identifier ci-dessous

Expert	Commentaires
Expert 3	Alerter en cas de situation identifiée
Expert 4	Développer une culture positive des EI
Expert 5	Promouvoir la bientraitance et lutter contre la maltraitance nécessite formation et sensibilisation continues.
Expert 8	L'organisation notamment RH dans l'accueil des professionnels doit être pensée pour favoriser la prévention des maltraitements et promouvoir une posture bientraitante
Expert 9	Promouvoir le signalement, assurer au professionnel qui alerte qu'il ne sera pas menacé de « sanction » Communiquer et organiser un RDV annuel « droits des usagers ou bientraitance/maltraitance » La mise en place et l'affichage d'une charte
Expert 10	Se remettre en question en tant que professionnel - Accepter que d'autres professionnels portent un regard sur sa pratique, donnent des conseils le cas échéant - Ne pas rester seul face aux personnes, aux situations (croiser les regards) - Nécessité de se former tout au long de son parcours professionnel, participer à des temps d'analyse des pratiques
Expert 12	Les professionnels ne sont pas seuls dans la démarche de bientraitance avec des partenaires extérieurs, mais aussi avec leur établissement
Expert 13	L'organisation de temps d'échanges (transmissions structurantes entre les équipes des 24 h, temps d'échanges avec les personnes soignées, leurs aidants comme les acteurs intervenant dans les prises en soins) est à la base de la compréhension mutuelle des phénomènes en interaction
Expert 15	L'analyse et la mise en œuvre de plan de prévention sont nécessaires pour lutter contre la maltraitance et favoriser la bientraitance.
Expert 16	Implication et vraie ambition politique des directions d'hôpital dans cette démarche.
Expert 21	Repérage des situations à risque, signalement et analyse systémique : formalisation et culture partagée de la transparence
Expert 22	Favoriser l'expression et le recueil de la parole des usagers, et les maintenir « dans le monde », i.e hors de la situation d'hétérotopie institutionnelle à laquelle ils sont confrontés du fait de leur âge/pathologie/comportement
Expert 23	La promotion de la bientraitance et la lutte contre les maltraitements doivent être pensées d'emblée avec les représentants des personnes accompagnées au sein du CVS et de la CDU et être incarnées dans les pratiques professionnelles au quotidien pour favoriser l'engagement des patients et personnes accompagnées.

Expert 24	Prévenir, repérer et mettre en place des actions de lutte contre la maltraitance (personnes accueillies, professionnels et établissement)
Expert 26	Former deux référents bientraitance
Expert 28	Inciter le management à faire de la lutte contre la maltraitance un pilier fort du projet d'établissement
Expert 30	L'attractivité des métiers dans le secteur sanitaire, social et médico-social est fondamentale pour lutter contre les maltraitances. Une vigilance particulière est à avoir sur le bien-être et la qualité de vie au travail des professionnels.
Expert 32	Culture de la déclaration des signalements.
Expert 35	Il faut associer la personne et ses proches (si elle le souhaite) à son projet individualisé et ne pas faire à sa place.
Expert 37	Il est important de croiser les perceptions entre les victimes/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.

Quels sont les 3 freins et les 3 leviers principaux pour la mise en œuvre des recommandations de ce guide ?

Trois freins pour la mise en œuvre du guide ?

Expert	Commentaires
Expert 3	La personnification des accompagnements Le déni face à l'existence de situations à risque dans nos établissements L'absence d'instance ou de lieu d'expression pour les salariés et les cadres
Expert 4	Difficulté à mobiliser des professionnels, sur le rôle de référent ; pb RH (turnover, absentéisme) entraînant des pertes de compétences ; temps nécessaire à la formation et à l'apprentissage des outils à disposition
Expert 5	- L'âgisme - La maltraitance institutionnelle est le contre-argument le plus fréquemment utilisé par les syndicats lors des actions entreprises par l'institution à l'encontre d'un professionnel maltraitant - Le défaut de connaissance des besoins de la personne accueillie et des contraintes des professionnels par l'institution
Expert 8	- peu de temps d'équipe dédié ou disponible pour travailler ce type de documents notamment en EHPAD - des réticences des professionnels à se décentrer du faire pour mettre en réflexion leurs pratiques - le manque de professionnels (qui plus est qualifiés) qui implique un turnover et une difficulté à faire vivre dans le temps certaines démarches
Expert 9	- manque de personnel aide-soignant dans les structures, charge de travail accrue - peur de la sanction ou de problème en cas de signalement - manque de formation, d'informations, de connaissances, de compétences
Expert 10	- absence de remise en question de certains professionnels dans leurs pratiques due notamment à une mauvaise compréhension de ce que revêt la maltraitance (assimilée systématiquement à des violences physiques, « coups et blessures ») et peur des représailles de la part des collègues/ des personnes victimes - situation de sous-effectif, turnover des équipes - professionnels non diplômés (« font fonction de » mais n'ont pas le diplôme relatif à l'emploi occupé) ; c'est de plus en plus le cas dans le domaine du travail social et cela me paraît très problématique
Expert 12	l'investissement faible des établissements sur la thématique de la bientraitance et maltraitance (par manque de temps/moyens)

	le manque de moyens humains, professionnels volontaires pour être formés et sensibilisés à cette thématique car investissement de temps le manque de moyens financiers engendre des frais pour l'établissement, absentéisme, frais de déplacement et remplacement dans l'unité le temps de la formation
Expert 13	1/ Les moyens humains dédiés au prendre soin des personnes soignées sur les 24 h sont vecteur ou pas de modalités opérationnelles de bientraitance individualisée envers la personne hébergée dans un milieu de vie collectif (ratio soins en série <i>versus</i> soins requis = un frein comme un levier selon ce qui est rendu possible (politique externe comme interne car cela a différents coûts à savoir assumer)) 2/ La non-reconnaissance du rôle de l'encadrement de proximité dans le management de la dynamique interprofessionnelle
Expert 14	La parole de la personne vulnérable : beaucoup de personnes n'ayant pas la capacité de s'exprimer clairement, verbalement, il est important que les professionnels s'assurent de pouvoir recueillir les informations sur la situation de la personne par toutes les formes et tous les outils de communication possibles, même un tiers (parents par exemple). L'établissement (gouvernance) : qui le plus souvent ne veut pas entrer en conflit avec du personnel déjà en tension, ni auprès de ses autorités de référence. Le manque de moyens humains, législatifs et financiers (pour mieux rémunérer le personnel par exemple et embaucher plus de personnes) qui met effectivement les structures en position de maltraitance institutionnelle quasiment permanente. Les charges alimentaires ayant explosé, par exemple avec l'augmentation des coûts de l'alimentation, font que les repas se dégradent en quantité et qualité. Le nombre de sorties autorisées régies par les autorités en fonction d'un budget réduisant à 35 jours autorisés de sorties pour des personnes en FAM ou en MAS constitue une restriction de liberté et donc de la maltraitance institutionnelle...
Expert 15	Le temps des actes quotidiens (difficulté à trouver du temps pour prendre du recul sur ses actes) Le turnover des équipes et/ou sous-effectif (l'instabilité favorise la non-harmonisation des pratiques et des échanges entre collègues) La non-diffusion (ou diffusion minimaliste) par la gouvernance
Expert 16	L'empathie n'est pas suffisamment considérée comme qualité importante dans le champ de l'exercice professionnel. La maltraitance institutionnelle qui constitue le tout 1^{er} mauvais exemple, qui sera malheureusement reproduit en aval. La difficulté à recruter des RH compétentes.
Expert 18	Direction ou gouvernance non sensibilisée (difficulté pour la création de postes « éthiques » ou de temps de travail dédié à ça) Personnels en burn out ou turnover Communication pas assez claire sur les droits des usagers

Expert 20	Le contexte de la démographie des professions de santé Le décalage important entre la réalité quotidienne et les objectifs de la recommandation peut être décourageant pour les professionnels, en particulier quand les professionnels n'ont pas de prise sur les facteurs de risques identifiés : recrutement impossible de personnel, refus d'investir sur un plan immobilier par l'ARS par exemple
Expert 21	1) Situation RH des établissements évoquée dans l'introduction (budget, attractivité) rendant les mesures de QVT, donner du sens... difficilement applicables 2) Politique actuelle de signalement : non coordonnée, n'incitant pas à l'analyse systémique et la mise en place d'actions (comme pour les EIGS) 3) Budget formation et turnover/intérimaires
Expert 22	1) pas assez de référencement aux outils réglementaires existants (et opposables) du fait du champ extrêmement large (qui trop embrasse...) 2) copié-collé du « kit HAS EIG/RETEX » pour une partie, sentiment de « déjà vu » 3) pas d'outil d'auto-évaluation adapté aux différents secteurs (ESanté, EMS, Esoc)
Expert 23	(J'ai identifié les freins pour la mise en œuvre de ces recommandations au sein des établissements et non dans sa diffusion nationale) Une approche cloisonnée entre la démarche qualité et l'intégration dans les pratiques professionnelles L'intégration d'espaces d'échanges de façon pérenne et en pluridisciplinarité L'incarnation d'une culture juste du plus haut niveau de l'établissement jusqu'aux relations entre collègues en passant par la posture du management intermédiaire
Expert 24	- Contexte RH très tendu des établissements sanitaires et MS - Détérioration globale du vivre ensemble et des notions de solidarité - Craintes des représailles sur les signalements : il faudra à terme valoriser (notation carrière ou rémunération) les actions de signalement
Expert 25	l'absence de personnels en poste la charge de travail importante l'absence de volonté
Expert 26	Difficulté pour les petites institutions d'engager la démarche (si pas de responsable qualité par exemple) Manque de temps dédié aux réunions thématiques Nécessité d'impliquer la direction dès le départ
Expert 27	L'absence de temps salarié dédié pour réaliser ce qui est recommandé L'absence d'effectif salarié suffisant auprès des personnes concernées L'articulation de cette recommandation avec toutes les autres recommandations (référentiel qualité, participation des personnes, etc.)

Expert 28	l'insuffisance de temps collectif pour traiter les sujets la nécessité de penser des plans de formation collectifs qui intègrent l'appropriation des RBPP les difficultés actuelles de recrutement qui pèsent sur les professionnels en poste
Expert 29	Formation insuffisante et coûteuse Problème des effectifs et du turnover des équipes soignantes Hétérogénéité des résidents accueillis
Expert 30	L'engagement des directions d'établissement sur ce sujet. La situation actuelle de ces secteurs en tension (turnover, manque de ressources, de personnels...) rend plus difficile la mise en œuvre quotidienne de ces recommandations. Il peut y avoir un sentiment/une culture d'omerta dans le secteur qui rend difficile la prise de conscience de l'importance de ces questions.
Expert 32	1) Déclaration des EI et des signalements encore insuffisamment mise en place. 2) Tensions RH (postes vacants, formations insuffisantes...) 3) Peur de la recherche d'un responsable.
Expert 33	instabilité et turnover des professionnels et manque de professionnels diplômés et formés pour assurer la prise en charge des personnes vulnérables dans des ESMS
Expert 35	- Les difficultés de recrutement des professionnels - Manque d'engagement des professionnels dans leur travail - Politique managériale de l'établissement
Expert 36	l'organisation des soins tournés vers la productivité, la rationalisation des ressources humaines au plus court un pessimisme ambiant amplifié par les soignants sur leur profession s'auto-alimentant l'absence de formation dès le début des études et tout au long de celles-ci
Expert 37	Défaut de formation des professionnels de santé Stress, pression et manque de temps pour les professionnels de santé Résistance au changement
Expert 38	Les problèmes RH (pénurie, absences) qui génèrent une surcharge, du stress et perte de sens/motivation pour les professionnels présents. Le manque de temps pour les actes et les échanges de tous types entre professionnels, ce qui renforce la perte de sens et d'envie/d'enthousiasme pour améliorer les pratiques. Les discours sur la bientraitance arrivent au moment même où les tensions sont très fortes ; cela accroît le stress des professionnels, qui peuvent culpabiliser de ce fait.
Expert 39	Manque de ressources humaines, sous-effectif Déni du lien entre maltraitance institutionnelle et dérives vers des pratiques maltraitantes Freins au signalement de signaux de maltraitance par les professionnels

Expert 40	Épuisement professionnel Manque d'effectifs Manque de formation continue (RPC, etc.)
Expert 41	la culture du signalement qui n'est pas dans la culture française la peur d'être ensuite mal soignée ou renvoyée de l'établissement pour la personne accueillie le manque de personnel

Trois leviers pour la mise en œuvre du guide ?

Expert	Commentaires
Expert 3	Une communication interne efficace Une appropriation collective Des référents dans chaque établissement
Expert 4	possibilité de formation implication des personnes accompagnées ou représentants
Expert 5	- L'investissement des représentants des usagers - Les aidants - Les professionnels formés
Expert 8	- les fiches facilement diffusables et qui, par leur côté synthétique, peuvent permettre de prendre des temps sur les réunions d'équipe pour aborder ces thématiques - l'encadrement des établissements doit être moteur dans son appropriation par les équipes - l'implication de tous enfin (pros/IRP/usagers), création d'un comité dédié peut-être pour « incarner » la démarche
Expert 9	- réunions et/ou formations des professionnels leur permettant de se questionner sur leurs pratiques - mise en place de référents
Expert 10	-les professionnels mobilisés sur ces questions pourront s'appuyer sur le guide pour objectiver des situations de maltraitance ou à risque -> le caractère très pratique de ce guide et des fiches l'accompagnant est un atout.
Expert 12	valorisation du professionnel dans sa prise en soins du patient valorisation d'un établissement mettant en avant la bientraitance et acceptant une évaluation
Expert 13	1/ Les moyens humains dédiés au prendre soin des personnes soignées sur les 24 h sont vecteur ou pas de modalités opérationnelles de bientraitance individualisée envers la personne hébergée dans un milieu de vie collectif (ratio soins en série <i>versus</i> soins requis = un frein comme un levier selon ce qui est rendu possible (politique externe comme interne car cela a différents coûts à savoir assumer)) 2/ Le compagnonnage aidant à la prise de recul et à la mise en œuvre directe des éléments appris/révisés en formation initiale/continue 3/ Le dialogue entre les acteurs et bien sûr la non-sanction du déclarant ainsi que le rendu synthétique des résultats de l'analyse des déclarations de l'année/du semestre (sur les différentes typologies de risques inhérents à ces activités)
Expert 14	formation aux RBPP et à ce guide

	connaissance des divers outils et formes de communication connaissance des droits (ONU, Europe, France)
Expert 15	le projet associatif/d'établissement doit mettre en avant les valeurs et pratiques de bientraitance les analyses de pratique en équipe les moyens dédiés aux équipes (temps, matériels, humains...)
Expert 16	Favoriser, voire rendre obligatoires les RETEX et réunions pluriprofessionnelles au sein du service en fréquence suffisante, en y invitant les représentants d'usagers, CDU... Lever l'omerta sur la maltraitance institutionnelle. Mettre en place des EPP, des audits et des questionnaires de satisfaction orientés sur le sujet de la bientraitance, bienveillance...
Expert 18	Projet d'établissement co-construit avec les salariés
Expert 20	Une gouvernance volontariste sur le sujet Une cohérence au niveau des équipes et en particulier dans les équipes des établissements de soins, un binôme médecin-cadre qui fonctionne Une implication des usagers
Expert 21	1) La définition de la maltraitance inscrite dans la loi 2) Le nouveau dispositif régional de la loi bien vieillir ??? 3) L'accompagnement à l'analyse par des structures externes (importance du regard extérieur dans des situations complexes +++), espaces éthiques, SRA
Expert 22	1) programme ministériel 2) portage HAS 3) ONIC PH
Expert 23	(J'ai identifié les leviers pour la mise en œuvre de ces recommandations au sein des établissements et non dans sa diffusion nationale) Faire porter le sujet par les CVS et les CDU. Porter les attendus au sein du projet d'établissement et décliner les principes de mise en œuvre dans le plan d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. Développer une culture juste pour favoriser des organisations apprenantes.
Expert 24	- intéresser (notation carrière ou rémunération) au signalement les personnels - mieux contrôler le niveau des formations bientraitance et leur exécution dans les établissements
Expert 25	l'inclusion des mesures dans le cadre de la certification le suivi des mesures accomplies dans les enquêtes Flash de l'ARS mesures incitatives dans les négociations tripartites quinquennales
Expert 26	Fiches « clés en main »

	Possibilité de s'auto-évaluer et d'engager un plan d'action grâce aux outils d'analyse des risques et facteurs de risque de nos établissements Développer la culture du signalement grâce à la sensibilisation et l'organisation de journées dédiées
Expert 27	Le lien avec l'évaluation de la qualité La possibilité de cibler et séquencer une politique d'établissement en la matière La possibilité de faire référence à cette recommandation en cas de contrôle d'un établissement
Expert 28	Associer plus les personnes accompagnées et leurs proches à la démarche de maltraitance dans les structures, ce que ne souligne pas suffisamment la RBPP Prévoir des webinaires, MOOC à destination des personnes accompagnées, des professionnels et du management pour les sensibiliser
Expert 29	Former Informar Déculpabiliser (environnement de travail soutenant)
Expert 30	Expliquer que ce guide s'inscrit dans un contexte évolutif du cadre législatif et politique avec notamment la stratégie nationale de lutte contre les maltraitances, les directions d'établissement ont l'obligation de prendre ce tournant. Engager l'ensemble du personnel d'un établissement pour construire une culture commune de lutte contre les maltraitances, faire entrer dans les mœurs qu'il s'agit de l'affaire de tous. Rappeler que la bientraitance et la maltraitance concernent le respect des droits humains et que tous les secteurs doivent être garants de cela.
Expert 32	1) Formation des équipes managériales des établissements (avec éventuellement la mise en place d'un temps inter-institutionnel territorial pour diffusion du guide et échanges sur ces enjeux). 2) Mettre à disposition des « personnes référentes bientraitance », des outils d'information standardisés pour communication avec le reste de l'équipe (plaquette, capsules vidéo...) en sus des fiches pratiques annexées au guide. 3) Engager les établissements : CPOM.
Expert 33	la définition/clarification des rôles et responsabilités des différents acteurs dont ceux prenant en charge la personne accueillie vulnérable la priorité de définir le cadre institutionnel de prévention de la maltraitance et les outils pour caractériser situation, postures...
Expert 35	- Volonté affichée de la gouvernance de l'établissement - Personnels en nombre ET formés - Personnels convaincus et engagés
Expert 36	revoir les organisations de travail pour rapprocher les soignants des patients ou résidents changer l'atmosphère actuelle pessimiste ambiante autour de la profession de soignants

	au même titre que la sécurité qualité des soins, instaurer une éducation dès l'enseignement et durant tout le temps de l'enseignement à ce sujet
Expert 37	Diffusion, pédagogie et formation des professionnels de santé Amélioration des moyens dans les établissements de soins
Expert 38	Dégager humblement des temps d'échange dans une logique de subsidiarité : remontée des professionnels de terrain vers les managers et non selon un axe descendant.
Expert 39	Valorisation des professionnels/redonner du sens Développer la culture juste Écoute active des usagers
Expert 40	Adhésion des directions Représentants d'usagers plus impliqués dans les instances et CA Co-construction de projets d'établissement avec les usagers
Expert 41	le projet d'établissement la formation les ressources <i>ad hoc</i> en personnel

Quels sont les relais à mobiliser (par ordre de priorité) sur le terrain pour aider à la mise en œuvre des recommandations de ce guide ?

Relais prioritaires pour la mise en œuvre de ce guide ?

Expert	Commentaires
Expert 1	SRA
Expert 3	IREPS Auvergne-Rhône-Alpes Autisme France Webinaire France Assos Santé
Expert 4	cadres de direction d'établissement ; dispositifs d'appui pour ce qui est de la formation ou l'apprentissage des outils du guide
Expert 5	- les associations (MCOOR, France Alzheimer, Fondation Médéric, ALMA, Petits Frères de pauvres, Croix-Rouge française), influenceurs sur LinkedIn (Jean-Luc Galizia, Antoine Gérard, Laurent Melito, Stéphane Adam, Jean-Marc Blanc, Kevin Charras), Think-tank (Cercle vulnérabilité et sociétés) - organismes de certification - les directions d'établissement, FHF, FEHAP, FNADEPA, AD-PA, CNDEPAH - CME - les ARS, CD, DREET - les sociétés savantes (SFGG) et le CNP de gériatrie - faculté de médecine - IFSI, IFAS, IFA - EHESP
Expert 8	Diffusion aux établissements par les ARS Les fédérations et associations d'usagers/personnes concernées
Expert 9	- les professionnels - les référents professionnels - l'encadrement - la direction des soins et ressources humaines - autorités de tutelle (HAS, ARS) - la formation permanente
Expert 10	- Les écoles/centres de formation du médico-social (IFSI/IFAS/IRTS) : nécessité de sensibiliser dès l'entrée en formation - Les associations intervenant en faveur des droits des personnes, notamment en situation de handicap, des femmes (telles que l'UNAPEI, le CIANE)

	- Les comités d'éthique
Expert 12	des instances déjà existantes pour diffuser les recommandations telles que : réseau violence réseau ERREV sur l'accompagnement des personnes vulnérables les réseaux de bénévoles accompagnant les patients résidents dans la structure les journées internationales... 3 décembre, journée internationale des personnes en situation de handicap 25 novembre, journée internationale des violences 1 ^{er} octobre, journée des personnes âgées le public concerné par ces thématiques sera à l'écoute des actualités : médias, journal de la santé..., association des aidants ALMA...
Expert 13	Aide à la diffusion par le biais - Pour les diplômés : des instances professionnelles, notamment en direction de l'exercice libéral (URPS, CPTS), les directions de soins, les CNP, l'ordre infirmier et les directions des structures d'accueil de personnes handicapées/âgées Pour les étudiants : les IFSI, les organisations professionnelles dédiées (CEFIEC-FNESI notamment) Pour les usagers : les instances associatives, CLIC et autres organisations via les mairies, via AMELI et les numéros verts - par le biais des publications en ligne type ActuSoins, inf.com
Expert 16	Ministère Santé publique France ARS
Expert 18	Les centres de formation de travailleurs sociaux Les salariés Le CSE (ex-CHSCT) Les conseils d'administration et/ou les directions des associations
Expert 20	En établissement de santé : binôme directeur PCME, chefs de pôle et collaborateurs chef de pôle
Expert 21	Direction Cadre de proximité Service qualité gestion des risques Service RH Représentant des usagers Représentant de personnels

Expert 22	Procureurs de la République, conseils départementaux, DEETS, inspection du travail, Assurance maladie
Expert 23	(J'ai identifié les relais au sein des établissements) - Représentants des usagers/personnes accompagnées (CVS/CDU) - Direction d'établissement/responsable d'établissement - Référents bientraitance/maltraitance - Chef de service/cadre - Référents/responsable qualité
Expert 24	Direction Encadrement soignant Encadrement médical
Expert 25	Les médecins coordonnateurs Les infirmières cadres (IDEC, référents ou cadres de service) Les responsables qualitatif.ne.s
Expert 26	Direction DRH/responsable qualité Référents bientraitance Professionnels Personnes accompagnées Aidants
Expert 28	Les CREAL peuvent être des relais importants en termes de formation des professionnels à l'appropriation des RBPP, de la prévention de la maltraitance et de la formation aux droits des personnes, tant à destination des personnes elles-mêmes que des professionnels
Expert 29	Les soignants eux-mêmes Les encadrants/directeurs d'établissement Les pouvoirs publics sur l'information
Expert 30	les fédérations métiers et employeurs
Expert 32	- ARS - Conseils départementaux - Organismes gestionnaires ESMS - Centres hospitaliers par le FHF et FHP - Les ordres professionnels - Associations d'usagers
Expert 33	toutes les écoles de formation des professionnels en devenir

	les ordres professionnels les fédérations d'établissements et de services ESMS TOUTES les autorités en charge de l'autorisation des ESMS
Expert 35	- Associations d'usagers compétentes en fonction des personnes accueillies - ALMA - DAC/CLIC/ESA... - Équipes mobiles
Expert 36	Avoir des leaders sensibilisés présents sur le terrain soulignant les situations à risque, voire de mal ou de bientraitance avec correction immédiate ou gratification immédiate
Expert 37	Les CNP de profession de santé FABRI
Expert 38	- formations initiales - fédérations - structures régionales d'appui - espaces régionaux d'éthique
Expert 39	Représentants d'usagers Directions Corps médical Corps paramédical Administratifs
Expert 40	Cadres et managers
Expert 41	le conseil de vie sociale

Autres réponses, reçues HORS GRALL

- Avis d'un gériatre, Nice

J'ai relu les documents attentivement. Le premier mot qui me vient est bravo. En tant que gestionnaire médical de structure, j'ai eu à traiter de telles situations et à y réfléchir. Je pense que rien ne manque dans ce guide et ces fiches. Et donc je n'ai pas de correction.

Bien sûr, beaucoup vous diront ou ont dû vous dire les freins multiples sur le terrain (dans ou en dehors des structures), je n'y reviens pas. Peut-être faudrait-il les préciser dans le guide dans un chapitre « identification des freins et leviers institutionnels » ?

Au moins désormais, il existera un guide pragmatique et efficace aidant à l'identification/traitement/prévention des situations. BRAVO

- Avis d'un Pr de médecine générale

Introduction, comprendre les concepts : 8/9

Reconnaître la maltraitance : 8/9

Le fait de lier les 4 items est simple et efficace.

Principes : 7/9

Reconnaître la maltraitance est une excellente chose mais si c'est la même équipe qui repère et qui maltraite, il y a conflit d'intérêts.

Avis guide : 7/9

Bonne intention mais trop politiquement correct.

Fiche 1 : 8/9

Fiche 2 : 8/9

Être poli et gentil est effectivement à rappeler.

Fiche 3 : 5/9

L'objectif est louable, la déclinaison non, défaut de hiérarchisation, un genre ne peut être un facteur de risque ici. L'équipe possiblement maltraitante renseigne la grille ? Ne vaut-il pas mieux évoquer une modification des comportements dans les signaux faibles des aidants ? Absence de rigueur dans la hiérarchisation, le manque de temps de soin est déjà une maltraitance pas un risque. Absence de critères de hiérarchisation des risques et alertes, la réputation est un critère trop subjectif dans un travail éthique s'il n'y a pas de critères de jugement précis.

Fiche 4 : 5/9

L'enfer est pavé de bonnes intentions. La balance bénéfices/risques du patient ne peut être désolidarisée de la même balance pour les professionnels de santé.

Fiches 5 et 6 : 8/9

- Conseiller établissements et personnes âgées, direction autonomie et coordination des parcours de vie, fédération d'établissements

P15 2.1.2 : La formulation du paragraphe dans l'encadré n'est pas claire.

P20 tableau 2 : dans les facteurs de risques pour la personne accueillie, nous souhaiterions ajouter le risque lié à la perte d'autonomie.

P21 tableau 4 : dans la liste des facteurs de risques liés aux professionnels, nous souhaiterions ajouter la perte de sens, les problèmes de management et un projet d'établissement inadapté aux besoins des usagers de l'établissement.

P22 dans le premier encadré : en gériatrie, le recours aux barrières de lit, qui entrent dans la liste des contentions, dans le cadre de la prévention des chutes, est régulièrement utilisé afin de préserver l'intégrité physique du résident, sur prescription. Cette situation devrait être exclue du périmètre de la maltraitance.

P22 tableau 5 : dans les facteurs de risques liés à l'établissement, nous souhaiterions ajouter le défaut de formation de l'encadrement (exemple classique de l'IDE qui est nommée IDEC sans formation pour l'accompagner dans sa prise de fonctions managériales).

P27 étape 1 du RETEX : il est prévu de faire participer au RETEX la personne concernée par les maltraitements, ainsi que les professionnels impliqués dans les maltraitements. Si cette idée peut sembler jolie, elle nous semble inapplicable compte tenu des réalités du terrain et apparaîtra comme une contrainte supplémentaire pour les gestionnaires et sera donc contre-productive.

- Avis membre ARS

1.1 Reconnaître une situation de maltraitance

La maltraitance implique qu'il y a une relation d'aide entre la victime et l'auteur. Cela distingue la maltraitance de la notion de violences (exemples : violence entre deux personnes accompagnées, violence entre deux professionnels de l'établissement).

Remarques :

- quid de la définition de la violence, peut-être à compléter (cf. OMS <https://www.inspq.qc.ca/en/node/10707>)
- quid du lien entre violences et maltraitance, peut-être à renforcer
- préciser quelque part qu'il peut y avoir en même temps une situation de maltraitance ET violence.

Il existe sept types de maltraitance : physique, sexuelle, psychologique, matérielle et financière, négligences par abandons ou privations diverses, 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'un établissement médico-social, ou d'une institution ou d'un organisme gestionnaire, voire de restrictions ou dysfonctionnements au niveau des autorités de tutelle sur un territoire.

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 son aspect évolutif.

Une fiche d'aide à la qualification d'une situation potentielle de maltraitance est associée à ce guide (Fiche 1 : QUALIFICATION qui détaille les éléments du schéma 1). Elle peut être utilisée à des visées d'auto-évaluation ou pédagogiques. (...)

1.2. Comprendre et mettre en œuvre la bientraitance

Dans le schéma 2, quid des autres protagonistes cités plus haut dans le texte et qui ne sont pas mentionnés (en plus de la structure elle-même), et qui peuvent être source de maltraitance : gestionnaire secteur PA et PH, voire autres instances ?

Par exemple : restriction délibérée des apports/quantités en EHPAD pour les PA, dans un but économique, source d'une maltraitance institutionnelle : apports caloriques insuffisants et risques de dénutrition.

2.1.1. Impliquer les personnes le plus souvent possible

(...) Il est demandé à la personne de communiquer ses besoins et attentes spécifiques, formalisés dans le projet personnalisé de soins (secteur sanitaire), projet de vie ou d'accompagnement personnalisé (secteur ESMSS) ainsi que les coordonnées de la personne de confiance dont le rôle est rappelé.

Alternative

Les besoins de la personne et ses attentes spécifiques seront systématiquement recherchés, formalisés dans le projet personnalisé de soins (secteur sanitaire – remarque : pourquoi se limiter au secteur sanitaire, quid ambulatoire ??), projet de vie ou d'accompagnement personnalisé (secteur ESMSS – remarque : ce sigle inclut établissements et services médico-sociaux ; or il est mentionné en début du document que la reco ne concerne pas les services – clarifier SMS ou utiliser EANM et EAM) ainsi que les coordonnées de la personne de confiance dont le rôle est rappelé.

2.1.2. S'assurer de la compréhension de leurs droits

(...) Le livret d'accueil contient un encart spécifique rappelant les droits des usagers, les définitions et numéros à contacter en cas de maltraitances (ex. : les représentants des usagers, la CDU, le CVS, les PQ, les associations, le médiateur (15, 16), la plateforme 3977, les autorités de contrôle, etc.). (...)

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

L'ensemble des professionnels administratifs, médico-techniques, de l'accueil, 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.

Remarque : quid d'exemples sur les besoins spécifiques de formation selon les spécificités des populations (démences – polyhandicap – autisme ; et modes de communication alternatifs par exemple...) ?

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 régulièrement.

Ces temps dédiés d'analyse des pratiques professionnelles ont pour objectifs de permettre aux équipes de prendre du recul collectivement sur leurs pratiques, de libérer la parole pour résoudre des problématiques et les signaux d'alerte.

Les séances de retours d'expérience (ou RETEX) sur des situations de maltraitance survenues sont aussi l'occasion de réfléchir collectivement, afin de permettre un apprentissage des bonnes pratiques professionnelles et la mise en place de plans d'action en tenant compte des réalités du terrain.

Remarque : analyse des pratiques et RETEX sont à distinguer ; la méthodologie RETEX étant utilisée en particulier pour analyser un EI/EIG et définir un plan d'action.

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 QualiREL3 (7) (8) peuvent aussi être utilisés.

Des temps dédiés d'échanges et d'analyse des pratiques professionnelles sont organisés régulièrement. Remarque : phrase à remonter en tête de chapitre.

2.2.3. Agir en partenariat avec les proches aidants et les représentants des personnes accueillies (non applicable pour le secteur social)

Il convient d'associer les proches aidants et/ou les familles et les représentants des usagers le plus possible aux décisions et aux actions d'amélioration à prévoir.

Un recours éventuel à un médiateur (15, 16) est à envisager en cas de conflits entre l'établissement, le proche aidant et/ou la famille, les représentants des usagers ou la personne qualifiée.

Le médiateur est un tiers neutre jouant un rôle d'interface temporaire.

Communiquer et faire alliance avec les proches aidants et les représentants des usagers est fondamental pour améliorer la qualité du séjour.

2.3.1. Coordonner le déploiement de la bientraitance et la lutte contre la maltraitance en s'inscrivant dans la démarche qualité et de gestion des risques

La coordination des actions de déploiement de la bientraitance et de lutte contre les situations de maltraitance permet de mettre en place une démarche préventive et s'inscrit dans les démarches qualité 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.

2.3.5. Promouvoir la culture du signalement, communiquer et organiser un RDV annuel « droits des usagers ou bientraitance/maltraitance »

(...) L'établissement met en place la culture du signalement, fondée sur les principes de la culture juste, et organise un rendez-vous annuel pour les équipes sur le sujet de la bientraitance et de la lutte contre la maltraitance.

Remarque : clarifier ce que signifient dans le contexte de la reco les termes « culture juste ».

3. Prévenir et repérer la maltraitance

Remarque : Schéma 3 – améliorer la lisibilité des items – typo peu lisible ; préférer le noir.

Usager : problème de compréhension (troubles cognitifs).

Management : absence de personne ressource (pas de direction par exemple).

Professionnels : clarifier l'item problème de santé ; problème de comportement ; perte de sens et éthique de l'accompagnement des personnes vénérables.

4. Traiter les signaux de maltraitance

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

La méthode ALARM constitue un outil privilégié pour analyser les causes profondes des situations de maltraitance (outil 1 du guide complet L'analyse des événements indésirables associés aux soins (EIAS). Mode d'emploi. (27)).

Remarque : ALARM et RETEX – clarifier le lien ou compléter ; tous les ESSMS ne connaissant pas les spécificités de ces deux approches.

Les membres présents sont sensibilisés au RETEX pour que la réunion soit constructive.

Remarques : clarifier le sens de cette phrase, et les attendus lors de la réunion RETEX, car dans ce paragraphe sont abordées des mesures préventives et correctives. Du coup, cela donne une idée confuse des attendus lors de la procédure RETEX.

D'une manière générale, il n'apparaît pas clairement dans le texte :

- que la structure doit mettre en place systématiquement une instance « RETEX maltraitance » qui se réunira au minimum 4 fois par an, et plus si nécessaire ;
- la distinction entre la mise en place de l'instance et l'analyse en 4 étapes d'un RETEX par cette instance.

Distinguer de plus la mise en place de l'instance RETEX du phasage de l'analyse RETEX d'un EIG.

Fiche 2 : Postures à adopter

Remarques :

- préciser à qui s'adresse cette fiche
- quid des directives anticipées – anticipation de certaines situations – Fiche PALIA (fin de vie à anticiper avec les familles)

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

Grille 1 de repérage relative aux risques usagers (utilisation par les professionnels de proximité)

Difficultés de compréhension (déficience intellectuelle)

Grille 2 de repérage relative aux risques professionnels (utilisation par l'encadrement)

Positionnement – éthique face à l'accompagnement d'une PA ou d'une PH

Grille 3 de repérage relative aux risques de l'établissement (utilisation par la gouvernance)