

Thèse professionnelle

Accueil Familial Thérapeutique en Psychiatrie A risques spécifiques, évaluation spécifique



Mastère Spécialisé en Management de la Qualité, de la sécurité et de l'environnement

Tuteur entreprise : Jean Claude LARDY
Directeur d'hôpital public

Tuteur CESI : Annie Claire GRARE
Responsable de formation Mastère QSE

REMERCIEMENTS

Je tiens en premier lieu à remercier Monsieur LARDY, Directeur du Centre Hospitalier Spécialisé Interdépartemental d'Ainay le Château, qui m'a permis de réaliser la thèse professionnelle sur un sujet qui m'intéressait vivement, et ce avec une très grande liberté d'action.

Je souhaiterais également remercier Madame GADRET, Directrice Adjointe, pour avoir tout su mettre en œuvre pour me permettre d'atteindre mes objectifs.

Je remercie Madame LARDY, Responsable du service familles d'accueil, pour son aide lors de la réalisation de ma thèse professionnelle, pour ses précieux conseils et son soutien tout au long de ma mission et de ma rédaction.

Je remercie également le Docteur REUFFLET qui a eu la gentillesse de m'apporter des éléments de réponse.

J'en profite également pour exprimer ma reconnaissance à mes collègues de bureau, Madame BALAIRE et Madame PAULMIER pour leur disponibilité, et leur confiance.

Ce travail, je le dédie à mes parents et ma femme, soutien irremplaçable sans lesquels je n'aurai pas réussi, et à tous ceux que j'aime et qui se reconnaîtront immanquablement...

Merci enfin au CESI et à l'ensemble des intervenants pour leur très bon accueil.

RESUME

L'accueil familial thérapeutique, reconnu par la Loi du 10 juillet 1989 et confirmé par celle du 11 janvier 2002, reste encore peu utilisé dans le domaine de la prise en charge des personnes malades mentales. Les risques, attachés au milieu hospitalier psychiatrique, sont encore plus spécifiques en accueil familial thérapeutique.

A la question « *qu'est-que cela vous apporte d'être accueillant ?* », tous répondent que ce métier est gratifiant, valorisant. Chaque accueillant a ressenti le besoin d'aider autrui, de se sentir utile pour la société.

Pourtant, accueillir des patients, « malades mentaux » peut présenter des risques. C'est souvent synonyme, dans l'esprit des gens, de risque d'agression.

La présence également de la famille n'est pas sans risque, et nécessite des protections particulières.

Les risques professionnels auxquels sont exposés les accueillants familiaux thérapeutiques sont nombreux.

Comment les déceler, comment les prévenir ?

Cette étude a permis de les mettre en évidence, pour l'accueil familial thérapeutique d'adultes, et apporte une méthodologie d'évaluation adaptée. On pourra aussi voir une possibilité d'élargissement à d'autres secteurs : social, accueil de personnes âgées, enfants handicapés,...

Mots clés :

Risques professionnels

Centre Hospitalier Spécialisé

Méthodologie d'évaluation des risques

Certification HAS (Haute Autorité de Santé)

Accueil Familial Thérapeutique

ABSTRACT

The family cares, set up by the July 10th 1989's French law and confirmed by the January 11th 2002 French law, is still few used to take care of mentally defective people. The risks, linked to the psychiatric hospital environnement, are much more specific in therapeutical family cares.

By the way, to the question “what brings you the fact to be a host family”, all answer that is this job is very joyfull and gratifying.

The family cares member feels the need to help other people, to be useful for the society.

However, welcoming patients, moreover when they are mentally defective brings risks.

In people's mind, welcoming a mentally defective patient, leads to aggression risk.

The presence of the family is not without any risk also, and need specific protections.

There are a lot of professional risks exposed to the welcoming family.

How to reveal them? How to face them?

This review allows to reveal these risks in the therapeutical family cares for adults, and show a adapted method to evaluate. We could also see a possibility to enlarge to other sectors: such as social, elderly people welcoming, handicapped children...

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	1
RESUME	2
SOMMAIRE	4
INTRODUCTION	6
1- LA GESTION DES RISQUES PROFESSIONNELS, ENJEUX ET ETAT DES LIEUX EN MILIEU HOSPITALIER	8
1-1 Etat des lieux de la gestion des risques professionnels	8
1-2 Les enjeux de la prévention pour l'entreprise	11
1-3 Pourquoi l'hôpital est une structure à risque ?	14
1-4 La situation hospitalière en matière de risques professionnels	17
1-5 Pourquoi une gestion des risques professionnels en milieu hospitalier (exigences de la Haute Autorité de Santé) ?	23
1-6 Les obligations et le cadre réglementaire, un outil au service de la prévention	25
2- LE MILIEU PSYCHIATRIQUE, UNE SPECIFICITE DU MILIEU HOSPITALIER	30
2-1 La psychiatrie, problème de santé publique	31
2-2 La spécificité de la psychiatrie	32
2-2.1 La relation avec le patient	33
2-2.2 La dangerosité pour le patient ou pour autrui	33
2-2.3 Exemple de cotation utilisée en psychiatrie	34
3- L'ACCUEIL FAMILIAL THERAPEUTIQUE, UNE PARTICULARITE DU MILIEU PSYCHIATRIQUE	36
3-1 L'accueil familial social ou thérapeutique, quelles différences ?	37
3-2 Les particularités de l'accueil familial thérapeutique (AFT)	39
3-3 Les risques professionnels en Accueil Familial Thérapeutique	44
3-3.1 La détermination des unités de travail	45
3-3.2 L'identification et l'analyse des risques	46

4- COMPARAISON DE L’EVALUATION DES RISQUES PROFESSIONNELS ENTRE L’HOSPITALISATION EN ACCUEIL FAMILIAL THERAPEUTIQUE ET LES HOSPITALISATIONS EN INTRA	48
4-1 Les risques identiques en hospitalisation en INTRA et en Accueil Familial Thérapeutique	48
4-2 Les risques accrus en Accueil Familial Thérapeutique	60
4-3 Les conditions particulières à l’Accueil Familial Thérapeutique	68
5- PROPOSITION D’UNE METHODOLOGIE DE REDUCTION DES RISQUES PROFESSIONNELS APPLICABLES EN ACCUEIL FAMILIAL THERAPEUTIQUE	72
6- VERIFICATION DE L’EFFICACITE DE CETTE METHODE D’EVALUATION DES RISQUES PROFESSIONNELS	83
7- VERIFICATION DE LA COHERENCE DE LA METHODE D’EVALUATION DES RISQUES PROFESSIONNELS	88
8- ELARGISSEMENT DE LA COTATION A UN AUTRE SECTEUR : LES APPARTEMENTS THERAPEUTIQUES	93
CONCLUSION	99
GLOSSAIRE ET DEFINITIONS	100
BIBLIOGRAPHIE	101
ANNEXES	104

INTRODUCTION

Les risques professionnels sont très nombreux à l'hôpital, ce dernier constitue un milieu de travail à haut risque.

Dans un établissement hospitalier, plus de 150 métiers sont exercés : ceux auxquels on pense immédiatement (métiers soignants : médecins, infirmiers, etc.), mais aussi tous les métiers supports (blanchisserie, cuisine, technique, transport, etc.)

L'hôpital cumule les risques inhérents à toute activité de travail et les risques liés à sa spécificité. Celle-ci tient à la présence d'agents pathogènes, d'allergènes, de dispositifs médicaux potentiellement dangereux; elle tient également à la composante du travail hospitalier qu'est la relation d'aide à autrui, dans ses aspects physiques (soins, manutention) ou psychiques (stress). Enfin, les horaires de travail et le vieillissement du personnel ont également des conséquences sur l'état de santé.

L'exposition à ces différents risques et la gravité de certaines pathologies professionnelles imposent la mise en oeuvre et l'utilisation des connaissances sur le terrain, en ce qui concerne notamment l'évaluation de ces risques et l'éventail des possibilités de surveillance du personnel tant sur le plan individuel que collectif.

Sous l'impulsion d'une Directive du Conseil des Communautés Européennes n°89-391 du 12 juin 1989 relative à la mise en oeuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs, le dispositif législatif français impose aux employeurs d'évaluer les risques professionnels.

Le décret n°2001-1016 du 5 novembre 2001 exige la transcription de cette évaluation sous la forme d'un "document unique".

Les établissements de santé, par la diversité des métiers et la multiplicité des risques existants sont au coeur du sujet.

L'évaluation « *a priori* » des risques constitue un des principaux leviers de progrès de la démarche de prévention des risques professionnels au sein de l'entreprise. Elle constitue un moyen essentiel

Mastère Management de la Qualité, Sécurité, Environnement

de préserver la santé et la sécurité des travailleurs, sous la forme d'un diagnostic en amont - systématique et exhaustif - des facteurs de risques auxquels ils peuvent être exposés.

Différents modes d'hospitalisation en milieu psychiatrique existent. L'Accueil Familial Thérapeutique (AFT) en fait partie. Il s'agit d'un mode de prise en charge spécifique.

Il permet la poursuite du traitement, pour assurer un travail de prise en charge et de continuité des soins. L'intérêt est de proposer au patient un soin dans un espace familial.

L'AFT, mode de prise en charge très ancien, est un mode d'hospitalisation temps plein.

Outre que ce mode de soin reste encore très marginal dans les services ou institutions psychiatriques, il présente de grandes disparités selon les modes d'organisation mis en place.

Grâce à ses capacités naturelles, affectives et éducatives, l'accueillant familial fournit un climat propice à l'épanouissement humain du patient.

Les risques liés à cette prise en charge sont spécifiques. Le repérage des nuisances professionnelles et la recherche de solutions visant à les combattre, font tout l'intérêt de notre sujet qui est l'étude des risques professionnels en Accueil Familial Thérapeutique, de façon à préserver l'intégrité de l'homme et de sa famille dans son travail au sein d'une équipe hospitalière.

« Accepter les risques inévitables de la vie, c'est ce qui fait la noblesse de la condition humaine. »

Alexandre Minkowski

1- LA GESTION DES RISQUES PROFESSIONNELS, ENJEUX ET ETAT DES LIEUX EN MILIEU HOSPITALIER

1-1 Etat des lieux de la gestion des risques professionnels

Avant de donner une définition de la gestion des risques, il convient de définir le concept de « risque ».

Il faut remonter au XIV^e siècle pour voir apparaître une préoccupation à l'égard du risque. Les livres de comptes de la marine marchande nous indiquaient que les commerçants cherchaient, déjà à cette époque, à protéger leurs cargaisons contre les aléas climatiques, la vermine ou les pillards.

La notion de risque va beaucoup évoluer avec l'industrialisation et la mécanisation qui entraînaient de nombreux accidents de travail. Les travailleurs, hommes, femmes ou enfants, étaient exposés à des lésions pour lesquelles on cherchait à obtenir des compensations. On essayait d'évaluer le risque et de déterminer les niveaux de compensations adéquats pour chaque accident ou décès encouru au travail.

Dans les sociétés modernes, le risque est devenu « mesurable ». Les scientifiques parlent de prévalence ou d'incidence de certains problèmes, et calculent l'imminence ou la prévisibilité du risque.

Le risque est avant tout construit socialement. Dans le monde moderne, il est difficile d'éviter tous les risques. Le risque fait partie de la vie, il est présent dans toute activité humaine.

Dans les écrits scientifiques, on fait plus état de la perception du risque que de sa construction. Il paraît assez évident que jouent à la fois des facteurs psychologiques et des facteurs sociologiques dans la façon dont les individus appréhendent les risques.

Quand on parle de risque, on ne peut faire abstraction du « danger ».

Mastère Management de la Qualité, Sécurité, Environnement

Selon le référentiel sécurité OHSAS 18001, le danger est défini comme : « une source ou situation pouvant nuire par blessure ou atteinte à la santé, dommage à la propriété, et à l'environnement du lieu de travail ou une combinaison de ces éléments ».

Le danger est la propriété intrinsèque d'un équipement, d'une substance, d'une méthode de travail de causer un dommage pour la santé des travailleurs.

La notion du risque, c'est la rencontre entre l'homme et le danger.

La définition donnée par Alain VILLEMEUR ⁽¹⁾ est plus scientifique : « le risque, R, est lié à un évènement (P = probabilité) et la mesure de ses effets ou conséquences (G = gravité) soit $R = P \times G$ ». Ainsi, deux variables caractérisent le risque : sa fréquence et sa gravité, c'est-à-dire les conséquences du préjudice causé à la suite de la réalisation de l'évènement. Le risque est créé lorsqu'il existe dans une situation déterminée une possibilité de rencontre entre un élément dangereux et « une cible ».

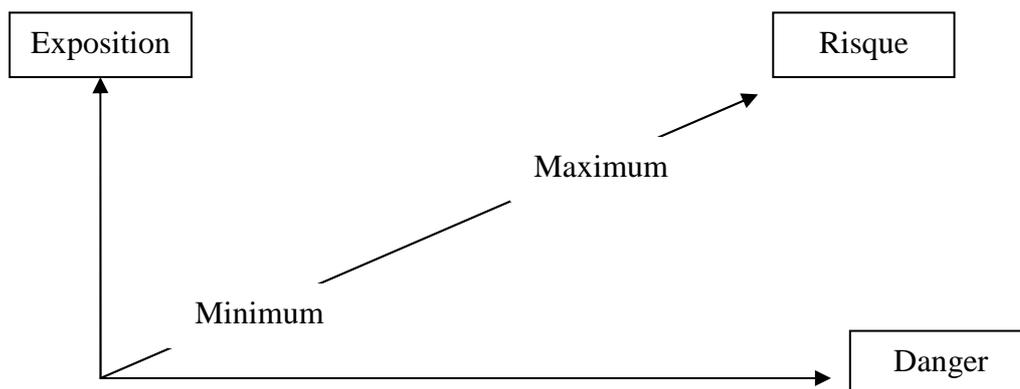
Le risque est le résultat de l'exposition à un phénomène dangereux, à un danger. Il y a accident lorsque l'individu, exposé à un danger, entre en contact avec ce danger.

Par exemple : l'électricité est un danger. Le résultat de l'exposition à ce danger, est le risque d'électrocution, le risque de brûlure, etc....

$$\text{Risque} = \text{Exposition} \times \text{Danger} \quad (2)$$

L'analyse des risques, c'est l'étude des conditions d'exposition des travailleurs à ces dangers.

L'évaluation des risques se définit comme le fait d'appréhender les risques pour la santé et la sécurité des travailleurs, dans tous les aspects liés au travail (organisation, rythme et durée du travail compris).



(1) Alain VILLEMEUR, « ré-enchanter le monde : de nouveaux choix politiques contre le tout économique », édition du Félin, 1997, page 223, collection : questions d'époques

(2) Docteur Lionel SCTRICK, présentation « Evaluation des risques professionnels dans les établissements de santé », ANMTEPH (Association Nationale de Médecine du Travail et d'Ergonomie du Personnel des Hôpitaux.), 25 janvier 2003

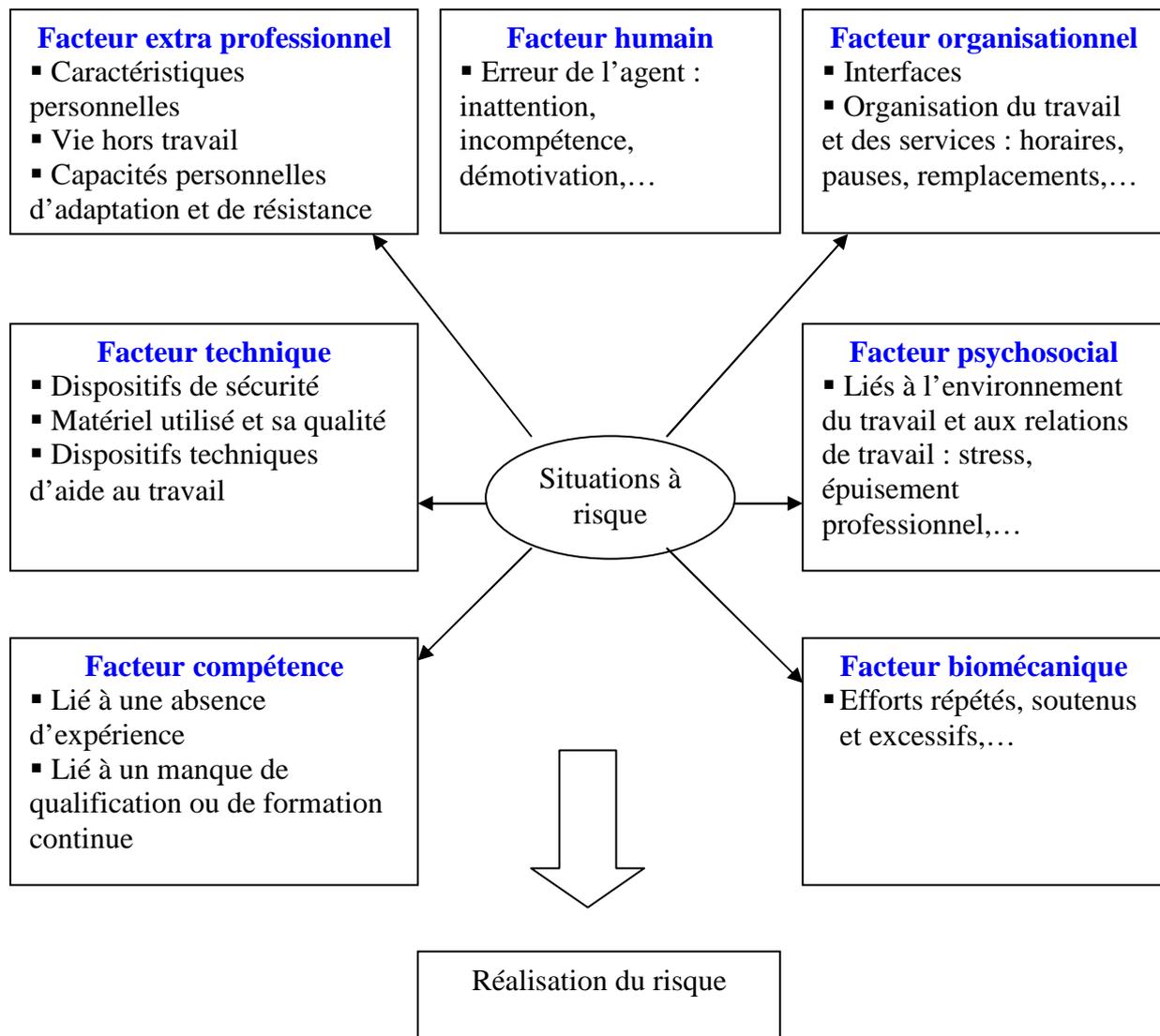
Mastère Management de la Qualité, Sécurité, Environnement

L'évaluation des risques professionnels (EvRP) consiste donc à identifier et classer les risques qui peuvent se rencontrer dans l'entreprise en vue de mettre en place des actions de prévention pertinentes. Elle est l'étape initiale de toute démarche de prévention.

Trois éléments sont nécessaires pour que le risque professionnel se réalise :

- Une situation dangereuse ;
- L'intervention d'un des facteurs de risques professionnels cités ci-dessous ;
- L'intervention d'une personne, créant un évènement particulier qui mettra en relation la situation dangereuse et le facteur de risque.

Les différents facteurs de risque ⁽¹⁾



⁽¹⁾ Marina ANDRE – « La prévention des risques professionnels en maison de retraite » - Mémoire de l'Ecole Nationale de Santé Publique - 2003

1-2 Les enjeux de la prévention pour l'entreprise

La maîtrise des risques professionnels est un enjeu à la fois pour les hommes, l'entreprise et la société. Si les accidents du travail et les maladies professionnelles ont un coût, la prévention est un investissement.

Différents enjeux interviennent :

- Les enjeux humains et éthiques ;
- Les enjeux économiques ;
- Les enjeux sociaux ;
- Les enjeux juridiques et réglementaires.

❖ Les enjeux humains et éthiques

Les accidents du travail ou les maladies professionnelles sont les symboles d'une dégradation de la santé lors d'une activité professionnelle. En effet, dans ce cas précis, le travail n'est pas un facteur d'épanouissement mais rend malade, inapte, invalide, fatigue ou tue.

Les enjeux humains sont donc considérables et les risques professionnels constituent à l'heure actuelle une priorité de Santé Publique compte tenu de leur impact sur l'état sanitaire de la population française.

A l'exception de la responsabilité pénale du chef d'établissement liée au respect de la réglementation en la matière, la santé et la sécurité au travail font l'objet d'enjeux très importants.

En effet, assurer la santé et la sécurité des salariés, anticiper l'usure professionnelle et diminuer les pénibilités physiques et morales des travailleurs permet :

- De maintenir des salariés vieillissants ou handicapés, une fidélisation du personnel et la diminution de l'apparition des accidents et des maladies professionnelles;
- D'améliorer les conditions de travail en structurant une politique de prévention et en agissant sur l'ensemble des facteurs en lien avec les conditions de travail;
- De réduire l'absentéisme pour accroître la disponibilité des équipes;
- De diminuer le coût des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Un salarié en bonne santé augmente son efficacité au service de l'entreprise.

❖ Les enjeux économiques

*** Diminuer les coûts directs et indirects liés aux accidents du travail, aux maladies professionnelles, aux incidents ...**

L'intégralité du coût direct des accidents du travail et des maladies professionnelles (indemnités journalières, frais médicaux et hospitaliers, rentes...) est supportée par les entreprises au travers des cotisations de sécurité sociale.

En 2006, la branche Accidents du Travail et Maladies Professionnelles (AT / MP) de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAMTS) a indemnisé 1,4 millions accidents du travail. Parmi ces accidents près de 700 000 ont donné lieu à un arrêt de travail.

La branche AT / MP a la charge de gérer les risques professionnels auxquels sont confrontés les salariés des entreprises de l'industrie, du commerce et des services ainsi que quelques autres catégories (élèves de l'enseignement technique, stagiaires de la formation professionnelle, adhérents à l'assurance volontaire...)

Pour l'entreprise, de nombreux autres coûts qualifiés « d'indirects » viennent s'ajouter aux cotisations, par exemple :

- Le temps passé pour secourir la victime;
- Le temps passé pour les formalités;
- La perturbation du personnel avec baisse de la productivité et de la qualité;
- Le bris de matériels;
- Le délais de production allongés, voire arrêt de la production;
- La dégradation de l'image de l'entreprise.

*** Contribuer à l'amélioration des performances de l'entreprise (productivité, qualité ...)**

La maîtrise des risques professionnels permet d'accroître les performances de l'entreprise. En effet, l'évaluation des risques et la recherche de mesures de prévention adaptées peuvent conduire à une remise en question du processus, des organisations, des moyens matériels, ce qui peut conduire à une réduction des coûts et, par voie de conséquence, de la cotisation des accidents du travail et des maladies professionnelles (AT / MP).

Cette démarche entraîne des modifications qui rendent l'entreprise plus sûre, mais aussi plus performante et plus compétitive.

❖ Les enjeux sociaux

Le champ de la santé et de la sécurité au travail constitue un lieu privilégié de dialogue social.

La mise en place d'une politique de maîtrise des risques est pour l'entreprise l'occasion de renforcer et de renouveler le dialogue avec son personnel :

- En fédérant ses salariés autour d'un projet commun; les salariés étant à la fois acteurs et bénéficiaires de cette politique;
- En reconnaissant le rôle majeur de chacun dans ce projet;
- En améliorant les conditions de travail des salariés;
- En favorisant le dialogue social;
- En créant un emploi de qualité.

La démarche de prévention crée les conditions d'un meilleur emploi dans l'entreprise et développe ainsi son attractivité et son image.

Elle permet également :

- ✓ D'améliorer l'image de la profession ou de l'entreprise ;
- ✓ D'optimiser le fonctionnement de l'organisation grâce à une connaissance précise de l'activité.

Une démarche de prévention réussie peut avoir une influence sur l'organisation du travail, la production et améliorer la productivité de l'entreprise.

❖ Les enjeux juridiques et réglementaires

Depuis 1994, l'évolution du Code Pénal et de la jurisprudence a aggravé les sanctions encourues par les employeurs en cas d'accidents de travail ou de maladies professionnelles.

Notons en particulier que la faute inexcusable est désormais reconnue dans le cas de manquement à l'obligation de sécurité. Cette obligation de sécurité est assimilée à une obligation de résultat. Dans le domaine pénal nous retiendrons les infractions relatives aux atteintes involontaires à la vie et à l'intégrité physique et le délit de mise en danger d'autrui.

La démarche de prévention permet de respecter la législation par un engagement dans une démarche d'évaluation et de prévention des risques professionnels.

1-3 Pourquoi l'hôpital est une structure à risque ?

Les établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés ont pour buts : les examens de diagnostic ainsi que le traitement et la surveillance des malades (Voir annexe 1 – Types de structures d'établissements de santé)

Leur caractéristique par rapport aux entreprises industrielles est qu'ils s'occupent de « l'homme ». Cela ajoute à leurs emplois une dimension morale et philosophique particulière et procure aux personnes qui y travaillent, par interaction, des retentissements psychologiques et une charge mentale importante.

Le milieu des soins représente un secteur particulier de la vie où plusieurs corps de métier exercent des activités diverses visant la prévention des maladies et l'octroi des meilleurs soins aux malades, mais aussi de par la Loi, l'enseignement, la recherche, ainsi que les activités logistiques et de support.

Le personnel de santé est exposé à plusieurs risques dus plus particulièrement aux accidents, aux produits biologiques, aux nuisances physiques, aux intoxications chimiques et au stress.

De par l'évolution de la technologie, de la structure des métiers et des modes d'organisation du travail, les situations de travail actuelles sont susceptibles d'exposer le travailleur à différents risques. Différentes classifications de ces risques peuvent être proposées.

En référence au « dommage », c'est-à-dire aux effets néfastes sur la santé, il peut s'agir de lésions physiques, de maladies, de problèmes psychosociaux, ou encore de problèmes d'inconfort au travail.

Des échelles d'appréciation de la gravité du dommage peuvent servir à classer les risques : absence de gravité, inconfort, risque de faible gravité, de gravité moyenne, de gravité importante, de gravité élevée, de gravité très élevée.

Un autre critère de classement consiste à prendre en considération la probabilité de survenue du dommage pendant l'exposition, selon l'échelle qualitative suivante :

« Pratiquement impossible, possible mais peu probable, concours de circonstances inhabituelles, très possible, attendu ».

Mastère Management de la Qualité, Sécurité, Environnement

La classification selon la nature du risque présente un intérêt évident pour son identification et l'application des mesures de prévention.

A côté de cette classification, les médecins du travail utilisent une classification par nature de risques : risques physiques, risques chimiques, risques biologiques, autres risques spécifiques en établissement de santé, autres risques non spécifiques aux établissements de santé.

Différentes classifications peuvent être proposées, toutes semblent intéressantes. Néanmoins, le tableau ci-après présente cette classification ⁽¹⁾ :

Risques professionnels en établissement de santé				
Risques physiques	Risques chimiques	Risques biologiques	Autres risques spécifiques	Autres risques non spécifiques
<p>Facteurs d'ambiances :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Thermiques - Sonores - Vibrations - Ambiance lumineuse <p>Rayonnements :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ionisant - Ultra Violet - Infra Rouge - Ondes électromagnétiques <p>Manutention de charge :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contraintes d'effort et de postures liées à la manutention des patients <p>Piqûre / Coupure</p>	<p>Irritants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Caustiques (désinfectants) <p>Allergiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Organiques - Animaux - Végétaux - Minéraux <p>Toxiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Décontaminant - Solvant <p>Mutagènes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cancérogènes (cytostatiques) 	<p>Classification par :</p> <p>Modes de contamination :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aéroportée - Manuportée - Accident d'Exposition au Sang) <p>Micro-organisme :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Virus - Bactéries - Parasites - ... 	<p>Contact avec des malades agités</p> <p>Travail de nuit</p> <p>Postes à charge mentale élevée (charge sensorielle et charge cognitive)</p> <p>Postes à charge psychologique élevée</p>	<p>Travail sur écran</p> <p>Chutes et glissades de plain-pied</p> <p>Risques de brûlures</p> <p>Travail en hauteur</p> <p>Electrocution</p> <p>Incendie</p> <p>Explosion</p> <p>...</p>

⁽¹⁾ Tableau tiré de la revue « aide-soignante », février 2004, N°54, page 12.

o Les risques physiques

Ce sont généralement les risques liés à la manutention de charges, ainsi que les risques de piqûres / coupures.

Lors des activités de soins, les piqûres et coupures par matériel médical, par la verrerie de laboratoire sont les plus fréquentes. Les électrisations par matériel de moniteur, lors des chocs électriques externes, par électrodes manipulées par les chirurgiens sont rares.

o Les risques chimiques

Ce sont les risques liés à une exposition professionnelle à des substances chimiques. L'identification des dangers induits par ces substances a permis de les distinguer en substances explosives, comburantes, inflammables, toxiques, nocives, corrosives, irritantes, sensibilisantes, cancérigènes, mutagènes, toxiques pour la reproduction, dangereuses pour l'environnement.

o Les risques biologiques

Ils correspondent aux risques dus à une exposition à des agents biologiques. On entend par agents biologiques les liquides biologiques, les micro-organismes, y compris les organismes génétiquement recombinés, les parasites et les cultures cellulaires susceptibles de provoquer une infection, une allergie ou une intoxication.

Le personnel de l'hôpital est en permanence en contact avec des produits biologiques engendrant un risque pour la santé. Selon le Comité technique national des activités de service, réunion du 04 novembre 2004, en France un salarié sur 10 est exposé au risque biologique.

Les professionnels particulièrement exposés à ce risque sont les médecins cliniciens, les chirurgiens, les chirurgiens dentistes, les sages femmes, le personnel de laboratoire, le personnel des salles de soins, surtout ceux qui travaillent sans gants et le personnel qui manipule les déchets contaminés.

o Les autres risques spécifiques aux établissements de santé

- Le contact avec des malades agités ;
- Le travail de nuit ;
- Les postes à charge psychologique / mentale élevée (charge sensorielle et charge cognitive, charge émotionnelle).

o Les autres risques non spécifiques aux établissements de santé

- D'autres types de risques, spécifiques ou non d'une situation de travail déterminée, existent bien évidemment, comme les risques généraux (incendie, explosion, électrocution, travail en hauteur, circulation,...).

Les incendies dans les hôpitaux ont souvent de lourds bilans. La mise en conformité aux normes "incendies" et "électricité" est très avancée maintenant.

Hors secteur de soins, les accidents de circulation peuvent advenir aux ambulanciers et au personnel transporté.

Les accidents du travail des jardiniers, conducteurs ambulanciers, laveurs de vitres, agents des ateliers de réparation sont sans particularité.

- A côté de ces différentes catégories de risques, aux conséquences graves pour la santé et la sécurité des travailleurs, des risques liés à l'organisation du travail, au temps de travail, à l'intensification du travail, au vieillissement des travailleurs paraissent de plus en plus fréquents, les troubles musculo squelettiques en sont un exemple caractéristique.

1-4 La situation hospitalière en matière de risques professionnels

Depuis 1989, Les établissements publics de santé d'au moins 300 agents produisent au Ministère de la santé chaque année, un document contenant des informations sur leur situation sociale. Les principaux thèmes abordés dans le document sont la répartition des effectifs des agents selon le statut et la catégorie de personnel, les mouvements de personnel, le bilan des absences au travail, les conditions de travail, d'hygiène et de sécurité, la formation.

L'enquête, réalisée par la DHOS, est réalisée chaque année sur un échantillon des bilans sociaux d'un cinquième de ces établissements.

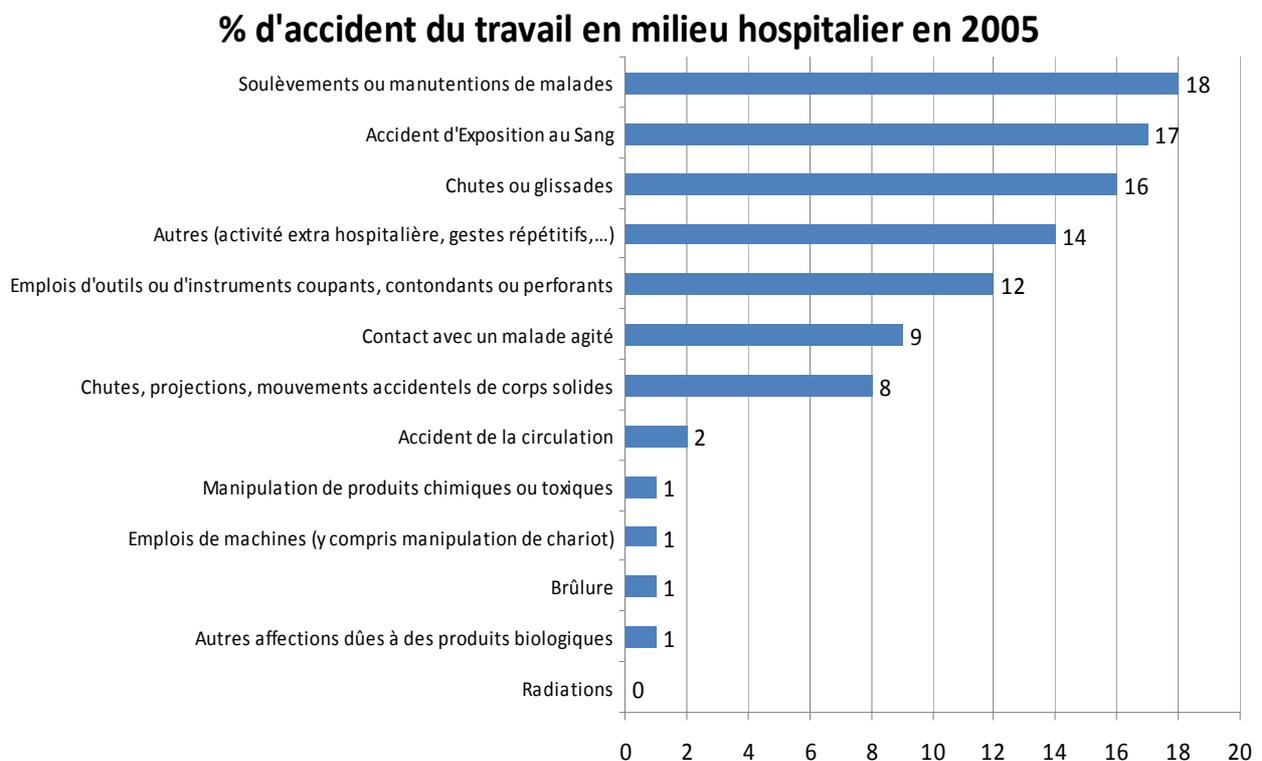
Mastère Management de la Qualité, Sécurité, Environnement

Notre travail s'appuie sur les données de l'enquête de l'année 2005.

145 établissements hospitaliers sur 3000 furent contactés, 116 ont complété et retourné le questionnaire.

Compte tenu des délais requis pour recueillir les informations, les traiter puis les valider, il existe un décalage de deux ans entre l'année de publication et l'année d'observation.

Nous retrouvons sur le graphique ci-dessous, la répartition des accidents du travail pour ces 116 établissements de soins.



Source:
Données Sociales Hospitalières 2005

Mastère Management de la Qualité, Sécurité, Environnement

☛ **En ce qui concerne les manutentions manuelles**, différents efforts des organismes de préventions se

mettent en place pour pallier ce phénomène.

La manutention manuelle de charges s'accompagne souvent de fortes contraintes posturales et de rythmes de travail soutenus.

Différents facteurs sont susceptibles d'influencer l'exposition aux risques liés aux manutentions manuelles :

- ❖ Le poids (du matériel, des patients,...) ;
- ❖ L'état de santé du patient, plus ou moins autonome ;
- ❖ L'existence de matériel d'aide à la manutention : lit médicalisé, lève malade...
- ❖ La formation (prévention des risques liés à l'activité physique et ergonomique).

Risques particuliers pour les professionnels

Ce qui peut créer un risque	Pourquoi ?	Dommages possibles	Axes de prévention
✓ Les manutentions manuelles, postures, gestes répétitifs.	✓ La manipulation de matériel volumineux (lit, lève malade, fauteuil roulant, chariot...) ; ✓ L'assistance physique aux déplacements des patients ; ✓ Les activités de ménage courant peuvent conduire à l'adoption de postures contraignantes (à genoux, accroupie, penché en avant, bras en élévation...).	✓ Des douleurs dorsales, lumbagos, sciatiques, ... ✓ Des troubles musculo squelettiques des membres ; ✓ Des traumatismes suite à l'écrasement ou au coincement d'un pied, d'une main, ou suite à une chute (dénivelé, escalier, sol en mauvais état).	✓ L'acquisition de matériel adapté (lit médicalisé, lève malade) ; ✓ Des formations à la prévention des risques liés à l'activité physique (PRAP) ; ✓ L'intervention à deux personnes si nécessaires.

☛ **En ce qui concerne les Accidents d'Exposition au sang (AES) et les risques de contamination biologique**

De nombreux accidents infectieux et parasitaires peuvent être en cause, en fonction de la situation médicale du patient mais également de son environnement. La nécessité d'une vaccination

Mastère Management de la Qualité, Sécurité, Environnement

antitétanique maintenue à jour doit être rappelée. La vaccination contre l'hépatite B est recommandée, dans certains cas, selon les résultats de l'évaluation des risques. Il est conseillé également de vacciner contre la grippe. La prévention passe par le respect de règles d'hygiène.

Dans tous les cas :

- ❖ Le lavage des mains fréquent systématiques après certains gestes ;
- ❖ Le port de vêtements dédiés (blouse, masque, gants) au travail, nettoyés régulièrement.

Risques particuliers pour les professionnels

Ce qui peut créer un risque	Pourquoi ?	Dommages possibles	Axes de prévention
<p>✓ Les agents biologiques infectieux.</p>	<p>✓ Le contact avec les liquides biologiques humains (sang, selles, urines...) ;</p> <p>✓ Les activités exposant potentiellement aux micro-organismes (déchets...) ;</p> <p>✓ L'insalubrité des locaux ;</p> <p>✓ Le contact avec un patient ayant contracté une maladie contagieuse.</p>	<p>✓ Des maladies infectieuses virales, bactériennes et parasitaires.</p>	<p>✓ Des vaccinations (grippe, hépatite B) ;</p> <p>✓ Le respect de règles d'hygiène strictes :</p> <p>Dans tous les cas :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le lavage des mains / utilisation de gants ; - Le port de vêtements de travail nettoyés régulièrement <p>Pour les aides à la toilette, la manipulation d'objets, éventuellement contaminés, la manipulation du linge sale ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - La désinfection du matériel utilisé ; - L'utilisation de pinces pour d'éventuels pansements, de sacs pour conditionner les déchets ; - L'utilisation de conteneurs pour matériels piquants / tranchants si nécessaire. <p>✓ Si un patient contracte une maladie contagieuse (tuberculose par exemple), en avertir immédiatement le médecin du travail afin qu'il prenne les mesures nécessaires ;</p> <p>✓ En cas de coupure ou piqûre avec du matériel en contact avec du sang ou d'autres liquides biologiques (aiguille, seringue...), conduite à tenir immédiate et consultation d'un médecin.</p>

☞ En ce qui concerne les Chutes de personne ou glissade

Les risques de chutes sont souvent liés au nettoyage (sols glissants), précipitation,...

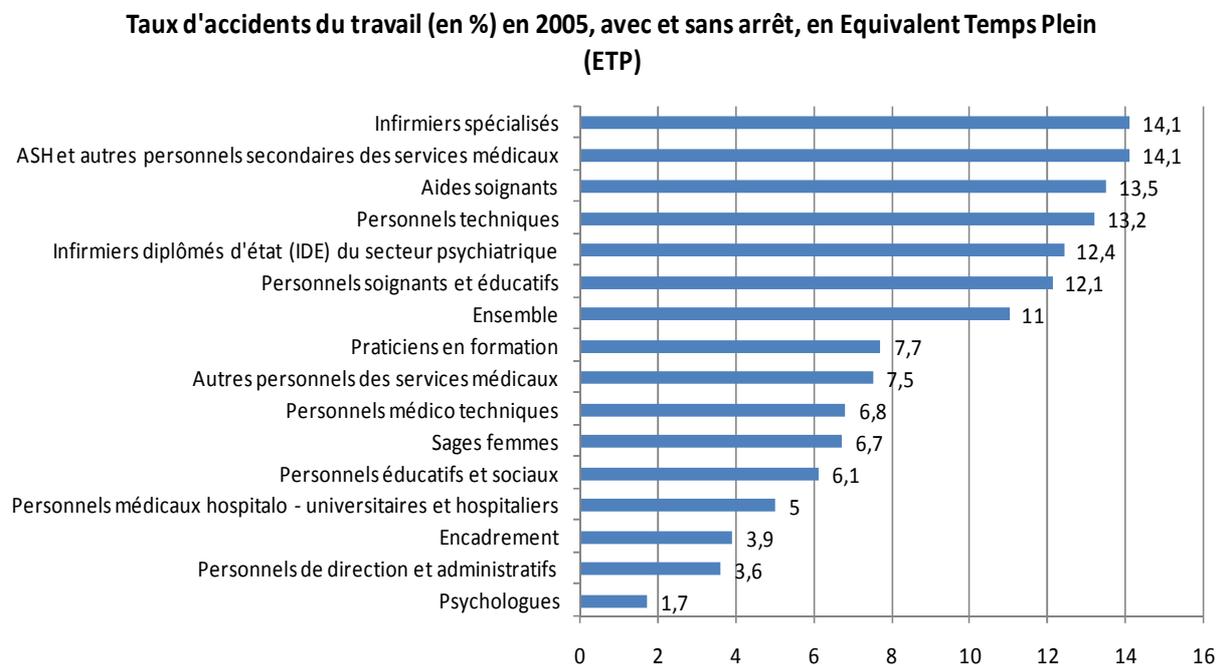
Risques particuliers pour les professionnels

Ce qui peut créer un risque	Pourquoi ?	Dommages possibles	Axes de prévention
✓ La circulation interne et travaux divers.	✓ Des sols glissants, en mauvais état ; ✓ Des passages étroits, encombrés ; ✓ Des dénivelés ; ✓ La présence d'escalier ; ✓ L'utilisation d'échelles, d'escabeaux ; ✓ L'utilisation de « moyens de fortune » (chaise, caisse...) ; ✓ La présence de tapis ; ✓ Des fils traînants (fil électrique, téléphone...).	✓ Des Blessures ; ✓ Des lésions.	✓ S'assurer du bon état du matériel utilisé ; ✓ Aménager des locaux ✓ Enlever les tapis ; ✓ L'interdiction d'utiliser des « moyens de fortune » ; ✓ Le port des chaussures adaptées ; ✓ La présence d'une trousse de secours ; ✓ L'établissement des consignes de nettoyage des locaux ; ✓ La mise à disposition des équipements de protections individuels (gants, masques, chaussures,...) et vérifier qu'ils soient bien utilisés.

Mastère Management de la Qualité, Sécurité, Environnement

Le graphique suivant représente bien le milieu hospitalier.

Outre les professions de soins et éducatifs qui concourent au bien être du patient, n'oublions pas les autres personnels, qui peuvent être aussi confrontés à certains risques.



Source:

Données Sociales Hospitalières 2005

Sur le graphique précédent, on a représenté les professions les plus exposées.

- ❖ Les personnels techniques et les personnels soignants sont les agents les plus touchés par les risques d'accident de travail, avec un taux d'accident dépassant 13% de l'ETP (Equivalent Temps Plein) si l'on inclut les accidents avec et sans arrêt de travail;
- ❖ Au sein du personnel soignant, les plus exposés sont les infirmiers (14%), les Agents de Service Hospitalier (14%) et les aides-soignants (13,5%), ce qui représente une part non négligeable en terme d'exposition.

En effet, les principaux risques d'accidents ont lieu dans les services de soins, le personnel soignant est donc prioritairement concerné par les manutentions, les accidents d'expositions au sang et les chutes, car ils sont au contact des patients.

Le personnel technique est lui aussi concerné car le risque de manutention est important, intervention dans les services, port de matériel, dépannage sur installation, ...

1-5 Pourquoi une gestion des risques professionnels en milieu hospitalier (exigences de la Haute Autorité de Santé) ?

Le poids des contraintes et obligations légales et réglementaires nationales ou européennes sur le système de santé français augmente. Elles concernent de nombreux domaines: sécurité des personnes et des locaux, hygiène, sécurité alimentaire, pharmacie, vigilances sanitaires, lutte contre les infections nosocomiales, stérilisation, sécurité anesthésique, déchets hospitaliers, radioprotection,

Ces risques peuvent avoir des conséquences graves pour les patients, les personnels et les visiteurs. Cette prise de conscience est récente. Les hôpitaux doivent s'engager dans une démarche volontariste de gestion des risques, prolongement et extension des vigilances sanitaires.

Le thème de la gestion des risques professionnels en milieu hospitalier s'inscrit également dans une préoccupation forte de la Haute Autorité de Santé ⁽¹⁾ d'amélioration de la sécurité du personnel.

Le développement des démarches de prévention et de gestion globale des risques en établissements de santé pour améliorer la sécurité des personnes est un des éléments de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité du système de santé.

(1) En France, la gestion des risques s'est donc progressivement imposée dans le secteur de la santé.

Les évolutions concernent à la fois les modalités de gestion des risques et les exigences sur les thèmes de risque.

L'accréditation en France constitue un levier privilégié du développement des démarches et de la culture de gestion des risques. Elle s'inscrit en synergie avec la politique nationale de gestion des risques mise en œuvre par le ministère de la Santé.

L'accréditation est issue de l'Ordonnance n°96-346 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

Mastère Management de la Qualité, Sécurité, Environnement

La gestion des risques, dans le référentiel d'accréditation / certification (qu'il s'agisse de la première comme de la deuxième version des établissements de santé), occupe une place importante, et se décline en plusieurs thèmes :

- Risque infectieux (bon usage des antibiotiques) ;
- **Risques professionnels** ;
- Sécurité des biens et des personnes ;
- Sécurité des infrastructures et des équipements ;
- Sécurité d'emploi des dispositifs médicaux et des produits de santé.

La Haute Autorité de Santé définit des exigences et des critères à respecter par les établissements de santé afin d'obtenir la certification. Ces exigences sont conformes à la réglementation.

Le manuel d'accréditation reprend ces différents critères. Selon Philippe BURNEL, Directeur de l'accréditation à la Haute Autorité de Santé, la deuxième version du manuel d'accréditation des établissements de santé, de septembre 2004, comporte 53 références, dont 4 sont spécifiques aux risques professionnels, avec les références suivantes :

✓ Risques professionnels

- **Référence 3c** : l'amélioration des conditions de travail et la prévention des risques professionnels font partie des objectifs de la politique des ressources humaines ;
- **Référence 14a** : les informations relatives aux risques sont rassemblées et organisées ;
- **Référence 14b** : des dispositifs sont en place pour identifier et analyser *a priori* les risques ;
- **Référence 14d** : les résultats issus des analyses de risque permettent de hiérarchiser les risques et de les traiter.

Pour Philippe BURNEL, « *l'accréditation est un des éléments de la politique de gestion des risques engagée au plan national* ».

1-6 Les obligations et le cadre réglementaire, un outil au service de la prévention

✓ Pourquoi évaluer les risques professionnels ?

L'évaluation des risques professionnels (EvRP) s'inscrit dans le cadre de la responsabilité de l'employeur, qui a une obligation générale d'assurer la sécurité et de protéger la santé de ses salariés. Pour ce faire, il dispose d'un des principes généraux de prévention énoncé dans le Code du travail : l'évaluation des risques (application des articles L.4121-1 et R.4121-1 du Code du travail).

L'évaluation englobe des actions d'identification et de classement des risques et aussi de mise en place d'actions de prévention. Ces actions ne dispensent pas l'entreprise de mettre également en œuvre des mesures correctives immédiates.

Outre la réponse à une exigence réglementaire qui s'est trouvée renforcée (décret n° 2001-1016 du 5 Novembre 2001 portant création d'un document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs), l'EvRP constitue l'un des principaux leviers de progrès dans l'entreprise. Elle lui est utile puisqu'elle peut contribuer à améliorer son fonctionnement tout au long de son évolution, en consolidant la maîtrise des risques avérés mais également en pointant l'apparition de risques à effets différés ou de nouveaux risques, en particulier ceux qui sont liés aux nouvelles organisations (recours plus fréquent à des CDD, intérim, flux tendus...).

Dans ce contexte, la santé et la sécurité des salariés ne doivent pas être dissociées du fonctionnement de l'entreprise (choix techniques, organisation du travail, mobilisation des compétences, formation...). La mise en place d'une démarche de prévention contribuera à améliorer la performance de l'entreprise sur le plan humain et économique.

✓ Le cadre juridique

L'évaluation des risques est régie par des textes fondamentaux.

La DIRECTIVE CE n° 89/391 du 12 juin 1989

Cette Directive Européenne impose à l'employeur l'évaluation des risques professionnels, dans le but de l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs.

La LOI 91-1414 (31/12/91) – Les articles L. 4121-1 et R. 4121-1 DU CODE DU TRAVAIL

Transposition de la Directive de 89, elle modifie le Code du travail et celui de la santé publique en vue de favoriser la prévention des risques professionnels.

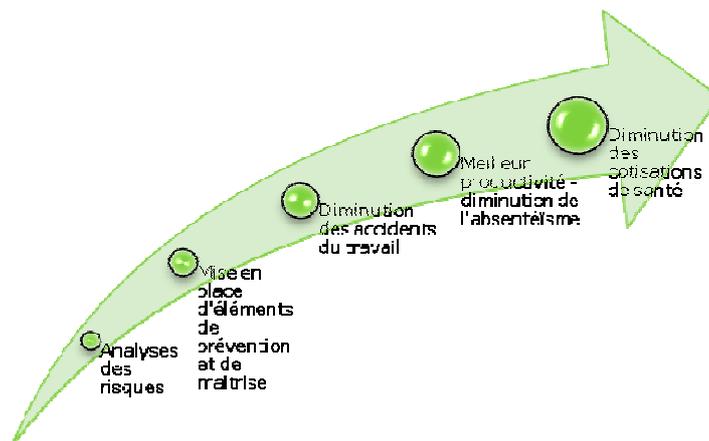
Le DECRET 2001-1016 du 05/11/2001 et la CIRCULAIRE D'APPLICATION DU 18/04/2002

Les employeurs doivent matérialiser les résultats de l'EvRP sur un « Document Unique ».

Ce document doit être mis à jour annuellement, ou lors de modifications importantes, et tenu à la disposition des salariés, de leurs représentants, du médecin du travail, de l'inspecteur du travail et des agents de la CRAM.

✓ Le cadre technique

L'ARGUMENTAIRE CI-DESSOUS VISE A PROMOUVOIR L'ANALYSE DES RISQUES

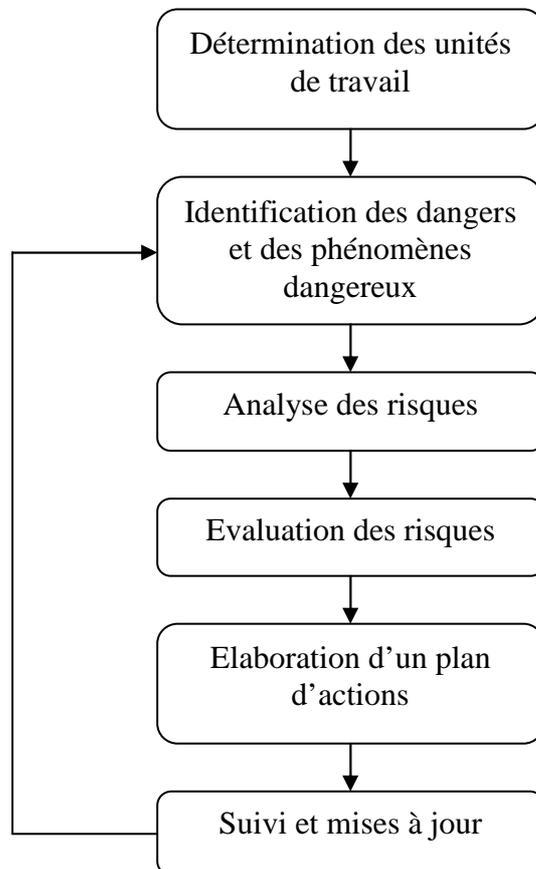


Le schéma ci-dessus nous montre l'intérêt de mettre en place une démarche de prévention des risques professionnels. En effet, une analyse des risques au préalable permettra la mise en place d'éléments de prévention et de maîtrise, pour éviter l'apparition des incidents / accidents.

Cela aura un impact sur l'entreprise, les accidents du travail diminueront, l'absentéisme diminuera, la productivité augmentera, les cotisations de santé diminueront.

✓ La démarche de l'évaluation des risques :

La démarche d'évaluation des risques professionnels consiste à identifier les dangers et classer les risques professionnels, en vue de mettre en place des actions pertinentes. C'est une démarche structurée en 6 étapes comme le résume le logigramme ci-dessous :



• La détermination des unités de travail :

Il est nécessaire tout d'abord de découper l'établissement ou l'activité en unité de travail.

Cette notion n'est pas juridiquement définie afin de recouvrir les situations très diverses d'organisation du travail. L'idée est de regrouper les postes de travail, les zones de travail par familles d'exposition à des dangers identiques.

Ce découpage pourra donc se faire : par activités, par services, par zones géographiques, par étapes du process, ... Il peut avoir un niveau de détail très variable allant du simple poste de travail d'un salarié jusqu'à l'établissement dans son ensemble.

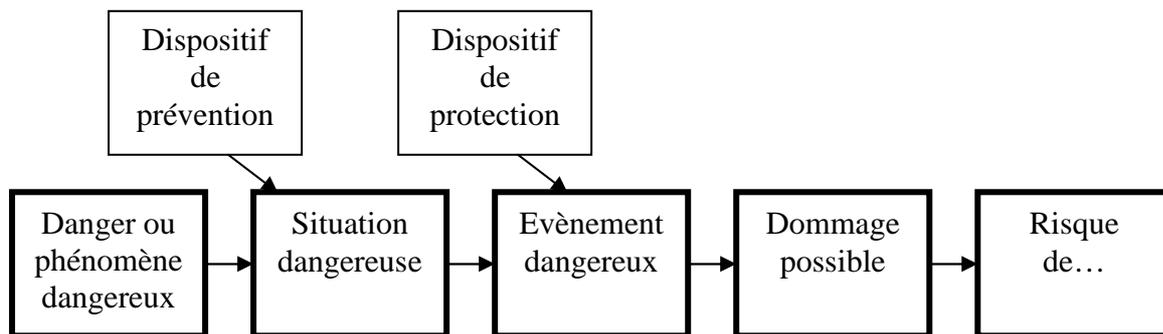
En milieu hospitalier en général, la répartition se fait par activités.

- **L'identification des dangers et des phénomènes dangereux :**

Dans cette étape, il s'agit de recenser l'ensemble des dangers et des phénomènes dangereux qui peuvent concerner les salariés dans une unité de travail considérée.

- **L'analyse des risques :**

Cette étape permet de définir l'existence effective d'un risque en déroulant la chaîne causale à partir d'un danger ou d'un phénomène dangereux selon le schéma suivant :



- **L'évaluation des risques :**

Cette étape permet de hiérarchiser les risques identifiés et ainsi d'orienter les priorités d'actions. Cette hiérarchisation se fait à partir d'une matrice de cotation. Une matrice est un tableau croisant plusieurs critères répartis sur des échelles de cotation à attribuer au risque considéré, permettant ainsi de noter les risques les uns par rapport aux autres.

Les matrices les plus simples croisent deux critères :

- ✚ La gravité du dommage (G) ;
- ✚ La probabilité de réalisation d'un événement dangereux (F).

Mais il existe des matrices qui croisent jusqu'à six ou sept critères qui peuvent être :

- ✚ Le niveau de maîtrise du risque ;
- ✚ La connaissance du risque par l'opérateur ;
- ✚ La rapidité d'apparition du risque ;
- ✚ La conscience du risque ;
- ✚ Etc.

- **L'élaboration d'un plan d'actions :**

Suite à la hiérarchisation des risques, il s'agit de déterminer les mesures de prévention, protection ou de limitation les plus adaptées de façon à réduire ou supprimer, si cela est possible, le risque.

Ces mesures de sécurité peuvent être notamment techniques, organisationnelles ou humaines. Elles sont basées sur les principes généraux de prévention définis par le Code du Travail (article L 4121-1).

Afin de compléter le plan d'actions, il est également pris en compte les éléments suivants :

- ✚ La personne responsable de l'action ;
- ✚ Le délai de mise en œuvre de l'action ;
- ✚ Le coût de l'action.

Il est important d'être conscient que tout n'est pas réalisable de suite. Le plan d'actions est avant tout un choix de l'entreprise. L'important est de progresser en matière de prévention des risques professionnels : éviter de se fixer des objectifs non réalisables.

- **Le suivi et les mises à jour :**

Cette étape est nécessaire pour assurer une dynamique permanente d'évaluation pour une reconduction de la démarche.

2- LE MILIEU PSYCHIATRIQUE, UNE SPECIFICITE DU MILIEU HOSPITALIER

La psychiatrie est la branche de la médecine consacrée à l'étude et au traitement des maladies mentales et d'un large éventail de troubles du comportement, notamment les réactions et les états émotionnels engendrés par les maladies psychiques, le stress et les crises personnelles ou collectives, les troubles de la personnalité et les problèmes d'adaptation et de réalisation de soi.

Différents troubles peuvent être pris en charge en psychiatrie, ce qui rend ce secteur différent du milieu général (MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique), les soins qui y sont prodigués sont de natures différentes. Ce sont souvent des prises en charge qui se déroulent dans la durée.

On peut trouver différentes classifications :

- Troubles pédopsychiatriques :
 1. Retard mental
 2. Troubles de l'apprentissage
 3. Troubles des habiletés motrices
 4. Troubles de la communication
 5. Troubles envahissants du développement
 6. Déficit de l'attention
 7. Troubles alimentaires pédiatriques
 8. Troubles du contrôle sphinctérien
 9. Autres
- Abus de substances :
 1. Alcool
 2. Amphétamines
 3. Caféine
 4. Cannabis
 5. Cocaïne
 6. Hallucinogènes
 7. Solvants volatils
 8. Nicotine
 9. Opiacés
 10. Anxiolytiques, sédatifs, hypnotiques
 11. Troubles liés à plusieurs substances
- Troubles cognitifs :
 1. Delirium
 2. Démences
 3. Troubles amnésiques
 4. Autres
- Troubles anxieux
- Troubles dissociatifs
- Troubles factices
- Troubles sexuels et de l'identité sexuelle
- Troubles des conduites alimentaires
- Troubles du sommeil
- Troubles du contrôle des impulsions
- Troubles de l'adaptation
- Troubles de la personnalité
- Troubles psychotiques :
 1. Schizophrénie
 2. Trouble schizophréniforme
 3. Trouble schizo-affectif
 4. Trouble délirant
 5. Trouble psychotique bref
 6. Autres
- Troubles mentaux dus à une affection médicale.

- Troubles de l'humeur :
 1. Troubles dépressifs
 2. Troubles bipolaires

2-1 La psychiatrie, problème de santé publique

Les troubles mentaux constituent un problème de santé publique majeur ⁽¹⁾. Autant de risques pour le personnel soignant.

Selon l'OMS, les maladies mentales se classent au troisième rang des maladies en termes de prévalence et sont responsables du quart des invalidités.

En médecine générale, elles se situent au deuxième rang derrière les maladies cardio-vasculaires. Elles affectent une personne sur cinq chaque année et une sur trois si l'on se réfère à la prévalence sur la vie entière. L'OMS retient cinq maladies mentales parmi les dix pathologies les plus préoccupantes pour le XXIème siècle (la schizophrénie, le trouble bipolaire, l'addiction, la dépression et le trouble obsessionnel compulsif).

Toutes les estimations indiquent que ce bilan devrait s'alourdir dans les prochaines années, avec une augmentation de 50% de la contribution des maladies mentales à la charge de morbidité due à l'ensemble des maladies d'ici 2020 si des mesures ne sont pas prises rapidement.

Il existe trois modalités d'hospitalisation dans un service de psychiatrie, présentant des risques pour le personnel :

✓ **Le service libre (aussi nommé hospitalisation libre HL):** représente 90% des admissions.

L'hospitalisation libre est le régime habituel d'hospitalisation dans les hôpitaux. L'état de santé du patient justifie des soins en hospitalisation. Le malade est consentant aux soins, il signe lui-même son admission à l'entrée à l'hôpital et donne l'autorisation éclairée aux soins.

Deux autres modes d'hospitalisation, nommés "hospitalisation sans consentement", donnent à un tiers ou l'administration préfectorale le pouvoir légal d'hospitaliser la personne malgré sa volonté :

✓ **L'Hospitalisation à la Demande d'un Tiers (HDT):** représente 5 à 8% des admissions.

L'HDT est justifiée quand les troubles mentaux du patient rendent son consentement impossible et quand son état rend indispensable des soins immédiats avec surveillance en milieu hospitalier.

✓ **L'Hospitalisation d'Office (HO):** représente 2% des admissions.

Elle concerne les malades mentaux compromettant l'ordre public et la sécurité des personnes. Il s'agit alors d'une mesure administrative prise par le préfet du département (le préfet de police à Paris).

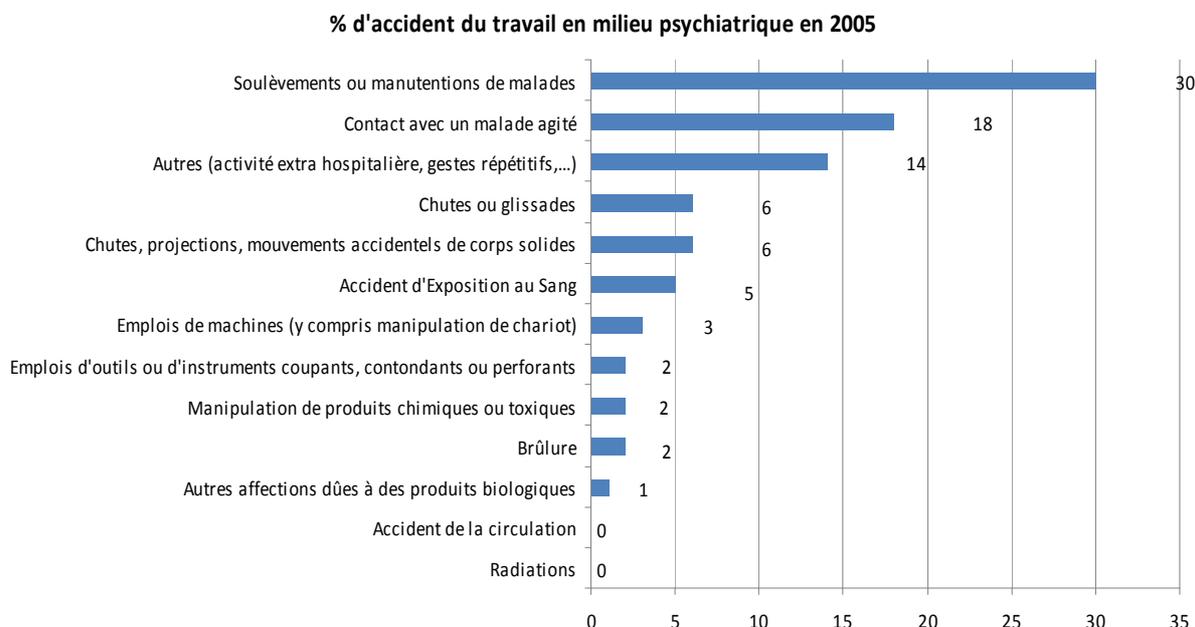
(1) Edouard COUTY, Conseiller Maître à la cour des Comptes, rapport présenté à Madame Roselyne BACHELOT – NARQUIN « Ministre de la santé et des sports », missions et organisation de la santé mentale – Janvier 2009.

2-2 La spécificité de la psychiatrie

La particularité du soin psychiatrique, et spécifiquement du soin infirmier réside essentiellement dans l'importance qui est accordée au niveau symbolique des faits et gestes accomplis. Les personnels soignants se posent la question suivante :

"Quel est le sens donné à ce comportement, à ce symptôme, à ce mot, à ce silence... etc.?".

Selon les statistiques du rapport des « Données Sociales Hospitalières 2005 », éléments obtenus à ma demande auprès de la DHOS (Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins), voici la répartition des accidents du travail pour l'année 2005 en milieu psychiatrique :



Source:

Données Sociales Hospitalières 2005

Nous constatons sur ce graphique une répartition des risques différente du milieu hospitalier classique. Nous remarquons une diminution significative du risque "emplois d'outils ou d'instruments coupants, contondants ou perforants", "Accident d'Exposition au Sang", due à la nature de l'activité.

Nous remarquons une augmentation du risque « contact avec un malade agité ». Nous allons donc nous concentrer sur celui-ci :

Le contact avec un malade agité

En hôpital psychiatrique, les soins concernent essentiellement « l'esprit », même si d'autres soins sont prodigués. Les risques professionnels en milieu psychiatrique ne sont pas les mêmes qu'en hospitalisation générale. Outre la part psychologique que représente une hospitalisation à l'hôpital pour les patients (en milieu général ou spécialisé), le personnel est confronté à un rapport entre soignant / soigné difficile.

Ce risque est plus important en milieu psychiatrique, et représente un taux de 18%, contre 9% en milieu général. Ceci pour plusieurs raisons :

2-2.1 La relation avec le patient

La relation avec le patient est le principal moyen d'investigation des soignants. Si le patient se tait, son examen sera très sommaire et, contrairement aux autres disciplines médicales, la biologie et l'imagerie ne lui seront pas d'un grand secours. Le risque d'agression, d'agitation est perçu par le personnel comme des éléments quotidiens.

2-2.2 La Dangerosité pour le patient ou pour autrui

La psychiatrie intervient lorsqu'un individu peut être dangereux pour lui-même ou pour autrui et qu'il existe un *lien direct* entre sa dangerosité et le trouble mental dont il souffre. Dans ce cas, et dans ce cas seulement, le consentement aux soins n'est plus indispensable. Des mesures d'assistance et de protection peuvent être alors décidées, même si elles entravent momentanément la liberté individuelle. En hospitalisation d'office, afin de fournir l'obligation de soins et d'assurer la sécurité du patient, l'utilisation d'une chambre d'isolement est parfois nécessaire, cette forme de soins est également appelée isolement thérapeutique. Il n'existe pas de législation spécifique par rapport à la surveillance et au suivi d'un patient isolé en psychiatrie, mais seulement des recommandations de l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation des Etablissements de Santé, ex HAS « Haute Autorité de Santé »).

L'amalgame systématique entre schizophrénie et criminalité n'est pas seulement infondé. Il renforce l'exclusion des malades. En décembre 2004 à l'hôpital psychiatrique de Pau, deux infirmières étaient assassinées de façon spectaculaire par un patient. Cet événement, hautement médiatisé, fit réagir le gouvernement, qui commanda deux rapports et lança, en février 2005, un nouveau plan santé

mentale ⁽¹⁾. Le budget 2005-2008 alla donc pour une grande partie dans la construction de « murs ». Un non-sens puisque 68 % du suivi psychiatrique est réalisé hors de l'hôpital.

⁽¹⁾ Une Circulaire du 26 janvier 2009 organise des mesures de sécurité supplémentaires pour les établissements et services de psychiatrie

Les médias assimilent trop facilement délinquance et maladie mentale. Or, en 2003, sur 47 655 personnes mises en examen dans des affaires jugées (crime, délit ou contravention) il y a eu 285 non lieux par application de l'article 122-1 du code pénal (irresponsabilité pour cause psychiatrique), soit **0,002% des personnes mises en examen** (Source : Ministère de la justice – Répertoire de l'instruction année 2002).

En réalité, ce sont souvent les personnes les plus fragiles psychiquement qui sont victimes de violence : vols, viols, violences, agressions, stigmatisation et incompréhension.

La prévalence des crimes violents envers les patients psychiatriques est 11,8 fois plus importante que dans la population générale. La prévalence des vols sur des malades mentaux est quant à elle 140 fois plus élevée (Rapport de la Commission « Violence et santé mentale ») présidée par Anne Lovell. http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/violence_sante/sante_mentale.pdf.

Et notons que la violence, si elle existe, est essentiellement celle que la personne malade exerce contre elle-même : environ 90% des suicides sont associés à des troubles psychiques (dépression majeure, troubles bipolaires, schizophrénie...) (Source : Expertise collective Autopsie psychologique, Inserm 2005). <http://ist.inserm.fr/basisrapports/suicide.html>.

Il existe aujourd'hui entre 300 000 et 500 000 personnes atteintes de schizophrénie en France qui n'ont jamais commis de meurtre.

Des méthodes de cotation existent et sont utilisées par certains établissements spécialisés en psychiatrie.

2-2.3 Exemple de cotation utilisée en psychiatrie

Voici un exemple de cotation des risques professionnels de l'association « Société Parisienne d'Aide à la santé Mentale ».

1- La méthode de travail (identification des dangers) utilisée est la suivante :

o Etape 1

Mastère Management de la Qualité, Sécurité, Environnement

- + La cotation du risque en gravité et fréquence ;
- + L'identification des mesures de prévention ;
- + Les propositions d'actions d'amélioration.

o Etape 2

- + Les compléments de cette première analyse par le COPIL qualité et gestion des risques et finalisation des propositions d'amélioration.

o Etape 3

- + La consultation du CHSCT sur les résultats de cette évaluation.

o Etape 4

- + L'élaboration de la synthèse dans le document unique.

Trois critères sont utilisés :

F : La fréquence d'exposition au risque ;

G : La gravité potentielle ;

M : Le niveau de maîtrise du risque : niveau de pondération.

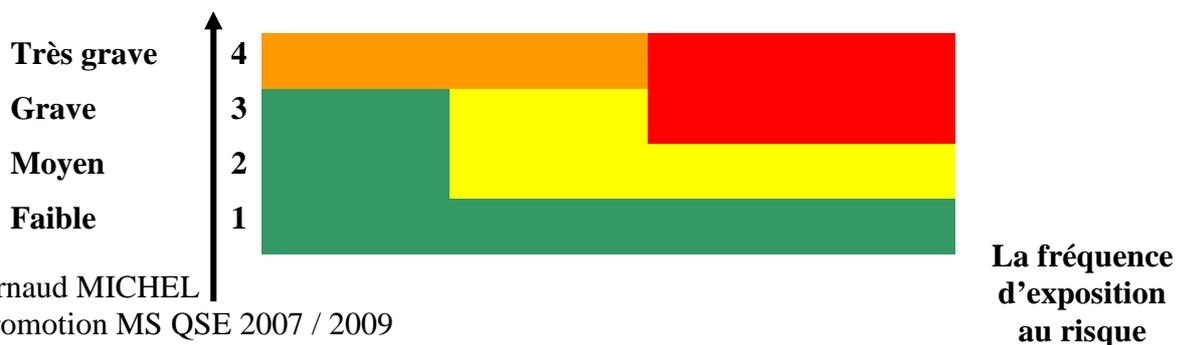
2- Les critères d'évaluation

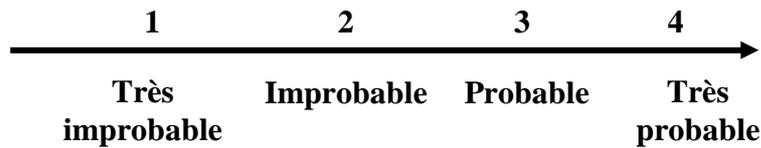
Les règles de cotation :

La gravité potentielle	La fréquence d'exposition au risque	Le niveau de maîtrise du risque : niveau de pondération
1 = soins légers	1 = moins d'1 fois par an	X 0.25 : mesures de prévention efficaces
2 = Consultation médicale	2 = entre 1 fois par an et + 1 fois par mois	X 0.50 : mesures de prévention efficaces à compléter
3 = arrêt de travail ou hospitalisation	3 = 1 fois par semaine	X 0.75 : mesures de prévention non réalisées
4 = invalidité ou décès	4 = tous les jours	X 1 situation non détectable ou absence de mesures de prévention réalisées et efficaces

3- La hiérarchisation

Le niveau de gravité potentielle





Outre l'hospitalisation, les cas « lourds », peuvent être pris en charge par un accueil familial thérapeutique.

Il est utile de préciser que l'accueil par des particuliers de mineurs, de personnes handicapées, de personnes âgées est dénommé [Accueil Familial Social \(AFS\)](#).

La personne est accueillie au sein d'une famille et prend part selon ses possibilités aux activités de celle-ci. La personne responsable de l'accueil est appelée « accueillant familial ».

S'agissant de l'accueil de patients mineurs ou d'adultes malades mentaux sous la responsabilité d'un établissement de soins, l'accueil est appelé [Accueil Familial Thérapeutique \(AFT\)](#).

3- L'ACCUEIL FAMILIAL THERAPEUTIQUE, UNE PARTICULARITE DU MILIEU PSYCHIATRIQUE

L'arrêté du 14 août 1963 a précisé et défini le « placement familial surveillé ». Il y a donc enfin un cadre légal à cette pratique et donc une reconnaissance de la Société à ce sujet.

L'Arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements en psychiatrie précise l'existence de services de placement familial thérapeutique qui organisent le traitement des malades mentaux de tous âges, placés dans des familles d'accueil, pour lesquels le maintien ou le retour à leur domicile ou dans leur famille naturelle ne paraît pas souhaitable ou possible. Celui-ci a permis une prise en charge des patients malades mentaux à l'extérieur de l'établissement, tout en bénéficiant d'un personnel qualifié pluridisciplinaire.

Mastère Management de la Qualité, Sécurité, Environnement

Ce texte a été complété ultérieurement par la Loi n°89-475 du 10 juillet 1989, article 18, l'Arrêté du 1^{er} octobre 1990 relatif à l'organisation et au fonctionnement des services d'Accueil Familial Thérapeutique, la Note d'orientation du 27/12/91, la Loi du 17 janvier 2002 dite de « modernisation sociale », le Décret n°2004-1532 du 31 décembre 2004 et le Décret 2004-1541 du 30 décembre 2004, l'article L. 443-10 du Code de l'action sociale et des familles.

Les personnes malades mineures doivent être accueillies au domicile de leurs familles d'accueil, dans le propre logement des accueillants. Les patients adultes peuvent être accueillis dans des logements indépendants (le lieu d'accueil doit alors être agréé par l'établissement).

L'Accueil Familial Thérapeutique se définit principalement, par rapport à un projet de soins élaboré par une équipe médicale et s'adressant à des malades mentaux mineurs ou adultes. Les objectifs thérapeutiques de l'accueil peuvent être plus ou moins ambitieux et aller du simple recouvrement d'une relative autonomie personnelle jusqu'à la réinsertion sociale et professionnelle. En France, 47 structures pratiquent l'Accueil Familial Thérapeutique sur 3000 établissements de santé, ce qui représente moins de 0,015%.

3-1 L'accueil familial social ou thérapeutique, quelles différences ?

	Accueil familial social	Accueil Familial Thérapeutique
La définition	Une formule d'accueil de personnes âgées ou handicapées ou de personnes accueillies chez des particuliers ou dans des établissements médico sociaux.	L'AFT est organisé par des établissements de soins ayant des services d'AFT d'adultes ou d'enfants, pour le traitement de personnes souffrant de troubles mentaux, susceptibles de retirer un bénéfice d'une prise en charge thérapeutique dans un milieu familial substitutif stable...
L'agrément délivré par	Le Président du Conseil Général (instruction par les services départementaux) pour une durée de 5 ans.	L'agrément est délivré par le directeur de l'établissement de santé. Chaque établissement étant doté d'une autonomie juridique, l'agrément peut être délivré pour des durées variables. A Ainay le Château (03), l'agrément est délivré pour une durée indéterminée.

Mastère Management de la Qualité, Sécurité, Environnement

L'agrément délivré par le Conseil Général est une possibilité pour une personne physique d'accueillir à son domicile des personnes âgées ou handicapées (AFS).

L'agrément délivré par un établissement de soins permet d'accueillir des malades mentaux.

Deux agréments sont nécessaires **pour l'AFT d'enfants**: celui d'assistante familiale délivré par le Président du Conseil Général et celui délivré par le Directeur de l'établissement de soins.

Le statut de l'accueillant	L'accueillant exerce une activité libérale, encadrée juridiquement.	L'accueillant est un salarié contractuel de l'établissement avec application du code du travail.
Les contrats	Le contrat type précise les conditions matérielles et financières de l'accueil (article L 442-1 du Code de l'Action Sociale et Familiale). C'est un contrat de gré à gré.	Le contrat d'accueil : c'est à la fois un : - Contrat de travail (régé par le code du travail) - et un Contrat de prestations de service (loyer et indemnité d'entretien). Conforme à un règlement intérieur voté dans le respect des textes.
Le nombre d'accueillis	1 à 3 personnes âgées et/ou handicapées adultes.	1 à 3 malades mentaux.
Les soins	Des soins de ville	Ils sont organisés sous la responsabilité technique et médicale d'un médecin psychiatre coordonnateur de l'équipe pluridisciplinaire (psychiatres, médecins, psychologues, infirmiers, assistants sociaux, ...).
La formation, le contrôle et le suivi	- La formation et le contrôle des accueillants agréés par le Conseil Général - Le suivi des personnes accueillies par des professionnels du secteur social ou médico-social, assistants sociaux de secteurs.	- La formation et l'accompagnement des accueillants sont assurés par le service d'AFT de l'établissement; - Le suivi des personnes accueillies par une équipe pluridisciplinaire (médecin, soignant,, administratif,...).
Le financement	- Il est assuré par les personnes accueillies qui peuvent avoir droit à des aides financières complémentaires, versées par : ▪ Les conseils généraux (aide sociale,	- Il est assuré : Par la Sécurité Sociale, Assurance Maladie, la personne accueillie est considérée comme hospitalisée (et acquitte un forfait hospitalier

	à la prise en charge de la dépendance,...); ▪ Les Caisses d'Allocation Familiales (aide au logement).	journalier).
--	--	--------------

3-2 Les particularités de l'Accueil Familial Thérapeutique (AFT)

Etre accueillant familial thérapeutique, c'est avant tout :

- Être capable de pouvoir offrir un environnement relationnel stable donc sécurisant;
- Obtenir l'adhésion de tous : tous les membres de la famille doivent accepter et partager la décision d'accueillir une ou plusieurs personnes;
- Partager sa vie de famille, associer la personne accueillie à tout ce qui fait le quotidien ordinaire ou extraordinaire de la famille;
- Etre disponible, en temps et en esprit : être capable d'attention, d'écoute;
- Pouvoir travailler en partenariat avec l'équipe pluridisciplinaire (médecin, psychiatre, infirmier, psychologue, assistante sociale,...).

Afin de limiter notre étude, nous n'aborderons que **l'Accueil Familial Thérapeutique d'adultes**.

Les différents textes législatifs: Loi du 10 juillet 1989, mais surtout l'Arrêté du 01 octobre 1990 précisent l'organisation et le fonctionnement des services d'Accueil Familial Thérapeutique.

La Loi de « modernisation sociale » du 17 janvier 2002 est venue compléter ce dispositif.

Selon l'article 1^{er} de l'Arrêté du 01 octobre 1990:

"Les services d'Accueil Familial Thérapeutique organisent le traitement des personnes de tous âges, souffrant de troubles mentaux susceptibles de retirer un bénéfice d'une prise en charge thérapeutique dans un milieu familial substitutif stable, en vue notamment d'une restauration de leur capacité relationnelle et d'autonomie."

L'article 2 stipule:

"Ces services peuvent être mis en œuvre par tout établissement assurant le service public hospitalier et participant à la lutte contre les maladies mentales au sein des secteurs mentionnés à l'article L. 326 du Code de la Santé Publique."

L'article 3 précise:

"Les patients hospitalisés à la demande d'un tiers ou hospitalisés d'office sont exclus des services d'Accueil Familial Thérapeutique" (les patients dangereux ne peuvent pas bénéficier d'un AFT, ce qui limite les risques d'agression notamment).

L'article 14 de l'Arrêté stipule qu'un règlement intérieur est élaboré par le directeur de l'établissement.

Ce règlement intérieur définit les missions et objectifs du service d'accueil familial, ainsi que l'âge des patients qui peuvent en bénéficier. Il fixe l'organisation et le mode de fonctionnement du service et les droits et obligations des patients, des unités d'accueil familial, de l'établissement hospitalier gestionnaire et de l'équipe de soins.

Il doit indiquer :

1. Les conditions de recrutement des familles d'accueil, et notamment :

- les agréments préalables requis ;
- l'aire géographique de recrutement et d'implantation des unités d'accueil ;
- les éléments constitutifs du dossier administratif de chaque personne recrutée ;
- la nature des enquêtes et entretiens demandés en vue du choix de l'accueillant familial ;
- les critères de sélection retenus.

2. Les conditions d'accueil dans les familles.

3. Les obligations des accueillants familiaux.

4. Les conditions d'indemnisation ou de rémunération.

5. Les modalités de retrait d'agrément.

6. Les dispositions relatives à l'assurance.

L'agrément

C'est une condition préalable à la faculté d'accueillir. Il est délivré par le Directeur de l'établissement hospitalier, après avis de la Commission d'agrément.

L'obtention de l'agrément est subordonnée à la réunion de plusieurs critères légaux:

Mastère Management de la Qualité, Sécurité, Environnement

La personne proposant un accueil à son domicile doit :

1° justifier de conditions d'accueil permettant d'assurer la santé, la sécurité, le bien-être physique et moral des personnes accueillies ;

2° s'engager à ce que l'accueil soit assuré de façon continue ;

3° disposer d'un logement dont l'état, les dimensions et l'environnement répondent aux normes fixées par les articles R 831-13 et R 831-13-1 alinéa 1 du code de la sécurité sociale (9 m² pour une personne) ;

4° s'engager à suivre une formation initiale et continue.

La procédure d'agrément comporte :

- Des enquêtes sur l'accueillant et son environnement ;
- Des exigences par rapport aux lieux d'accueil.

Ces lieux d'accueil doivent correspondre à des normes précises:

- Les locaux doivent être salubres, conformes aux normes d'habitabilité, les chambres Individuelles doivent avoir une superficie de 9 m² ;
- Se situer à proximité immédiate de la famille d'accueil ;
- Comprendre une salle de douche ainsi que des WC intérieurs ;
- Le lieu d'accueil doit comporter « certains éléments de confort » (chauffage, éclairage extérieur,...) ;
- Les locaux doivent être bâtis et finis selon les règles de l'art avec des matériaux de qualité ;
- L'accueillant doit assurer en permanence la sécurité du libre accès du lieu d'accueil ;
- Les locaux mis à disposition doivent être correctement meublés, chauffés, éclairés et entretenus.

Remarque:

- Des contraintes légales supplémentaires sont intervenues en 2007 (prise en compte de l'obligation d'accessibilité des personnes handicapées pour toute construction neuve).

D'autres critères existent dans certains établissements sanitaires, à Ainay le Château, il est demandé en plus:

- o Des propositions d'activités et de partage de vie (relationnelle, socialisation,...) ;
- o Des critères de superficie et de confort (exemple: chambre de 12 m² au lieu de 9 m², pièce à vivre mesurant au moins 16 m², présence de robinet thermostatique,...) ;

Mastère Management de la Qualité, Sécurité, Environnement

- Une obligation de travailler en équipe, d'observer et de rendre compte ;
- Une obligation de participer à la politique qualité ;
- Une obligation de prévenir l'établissement de jour comme de nuit lorsque des incidents sont survenus

✚ Les conditions d'hébergement

Les conditions générales d'hébergement doivent respecter les règles générales d'hygiène mentionnées aux articles L. 1er et suivants du code de la santé publique.

Le malade doit disposer d'une chambre personnelle.

✚ Les obligations des Familles d'accueil

L'accueillant doit:

- Agir dans le respect du malade : il est tenu à la discrétion au regard de la vie privée des malades et au secret professionnel ;
- Respecter le projet thérapeutique défini par l'équipe de soins et participer à sa mise en oeuvre ;
- Recevoir l'équipe de soins, les personnes associées au traitement et accepter un contrôle ;
- Permettre, le cas échéant, au malade d'entretenir des relations avec sa famille naturelle et la recevoir ;
- Fournir les prestations liées à l'hébergement et à l'accueil de la personne ;
- Faire appel en cas de troubles de santé aux médecins de l'établissement.

✚ Les interdictions imposées aux Familles d'Accueil

Les unités d'accueil ont l'interdiction :

- De faire travailler le malade sauf accord particulier, dans un but de réinsertion, du médecin psychiatre assurant la responsabilité technique du service et du malade. Dans ce dernier cas, les travaux effectués par le patient sont clairement définis dans l'annexe au contrat d'accueil, de même que le mode de rétribution dont il bénéficie en retour.
- D'avoir des relations d'argent directes avec le patient accueilli.

Le non-respect de ces obligations peut entraîner l'annulation du contrat et le retrait d'agrément.

La formation

Selon l'article 16 de l'Arrêté du 01 octobre 1990 relatif à l'organisation et au fonctionnement des services d'Accueil Familial Thérapeutique, chaque établissement de soins doit « arrêter » une formation.

Nous voyons bien qu'il n'existe pas de formation *a priori* pour être accueillant familial, chaque établissement de santé est libre de fixer son programme de formation (formation initiale et formation continue).

La majorité des établissements sanitaires ayant des services d'AFT font appel à un organisme dénommé IFREP (Institut de Formation et de Recherche et d'Evaluation des Pratiques médico-sociales) dont les formateurs sont uniquement des psychologues.

Par exemple au Centre Hospitalier Spécialisé d'Ainay le Château, la formation initiale comportait :

- **Un module législatif** (législation hospitalière, droit du travail, législation des majeurs placés sous protection) = 12 heures ;
- **Un module économie sociale et familiale** = 18 heures (entretien des locaux, du linge – Utilisation des produits de nettoyage, hygiène des patients, confection des repas, diététique, régimes, gestion d'un budget) ;
- **Un module psychiatrique** de 15 heures (indication du placement familial thérapeutique, les relations avec l'équipe pluridisciplinaire, les médicaments, les aspects pratiques de la mise en œuvre du projet thérapeutique, la tenue du document de liaison) ;
- **Un module psychologique** de 24 heures (réflexion sur les notions d'accueil, d'une famille, qu'est ce qui est thérapeutique dans un accueil, qu'est ce qui est thérapeutique de la part d'une famille).

La formation continue:

- Un suivi individualisé en économie sociale et familiale ;
- Une formation en communication orale et écrite ;
- Une formation communication et travail en équipe ;
- Des groupes de parole entre accueillants et infirmiers et/ou psychologues ;
- Une formation premiers secours ;
- Une formation sur la grippe aviaire ;

Mastère Management de la Qualité, Sécurité, Environnement

- Une participation à la qualité (accréditation, enjeux et méthodes, évaluation des pratiques professionnelles, circuit du médicament,...) ;
- Une formation AFGSU (formation aux gestes et soins d'urgence des professionnels de santé) pour tous les accueillants.

✚ Les différentes missions et tâches de l'accueillant familial

Les services d'accueil familial thérapeutique organisent le traitement des patients majeurs malades mentaux en placement libre dans le cadre d'une prise en charge dans un milieu substitutif stable en vue d'une restauration de leurs capacités relationnelles et d'autonomie.

Ces services peuvent être mis en œuvre par tout établissement assurant le service public hospitalier et participant à la lutte contre les maladies mentales.

L'accueillant familial accueille à son domicile ou dans un lieu à proximité agréé, les patients, tout en assurant leur bien-être et leur sécurité.

Les accueillants familiaux **ont essentiellement un rôle d'observation**, et doivent **rendre compte** à l'équipe pluridisciplinaire et plus particulièrement aux soignants référents.

En plus de leur fonction d'observation, les accueillants familiaux :

- ✚ Conseillent et/ou aident le ou les patient (s) dans la vie quotidienne ;
- ✚ Participent à la réalisation du projet thérapeutique individualisé.

3-3 Les risques professionnels en Accueil Familial Thérapeutique

De par leur fonction, les accueillants familiaux sont confrontés à de nombreux risques, communs au domaine hospitalier ou spécifiques.

En application des articles L. 4121-1 et R. 4121-1 du Code du travail, l'employeur doit élaborer et tenir à jour un document unique d'évaluation des risques qui recense l'ensemble des risques pour la santé et la sécurité du personnel dans l'entreprise.

La Circulaire n° 6 DRT du 18 avril 2002 prise pour l'application du décret n°2001-1016 portant création d'un document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs, est venue apporter des éléments de réponse, notamment sur la notion d'unité de travail.

Mastère Management de la Qualité, Sécurité, Environnement

La notion « d'unité de travail » doit être comprise au sens large, afin de recouvrir les situations très diverses d'organisation du travail. Son champ peut s'étendre d'un poste de travail, à plusieurs types de postes occupés par les salariés ou à des situations de travail, présentant les mêmes caractéristiques. De même, d'un point de vue géographique, l'unité de travail ne se limite pas forcément à une activité fixe, mais peut aussi bien couvrir des lieux différents (manutention, chantiers, transports, etc.).

Le travail d'évaluation mené par l'employeur est facilité, du fait des regroupements opérés, permettant de circonscrire son évaluation des risques professionnels. Néanmoins, ces regroupements ne doivent pas occulter les particularités de certaines expositions individuelles.

La méthodologie :

- 1- La détermination des unités de travail.
- 2- L'identification et l'analyse des risques.

3-3.1 La détermination des unités de travail

Si nous tenons compte de la variabilité du nombre d'accueillants familiaux par structures en France, différentes classifications peuvent être utilisées.

Nous pouvons constituer des unités de travail :

☞ Par type de pathologie prise en charge.

Cette dernière est difficilement applicable, car les patients changent de structures d'accueil, et l'identification des risques deviendrait ingérable à la longue. De plus, les praticiens sont soumis au secret médical, il est donc impossible d'obtenir des éléments de réponse.

☞ Par zone géographique (sachant que les patients sont placés chez des accueillants familiaux qui peuvent être proches ou éloignés de l'établissement).

☞ Par type de structures (plain-pied, sous sol, éclairage extérieur,...) présentant des risques particuliers ou spécifiques (logement neuf ou ancien).

☞ Par âge des accueillants familiaux (car il n'y a pas de limite d'âge pour assurer cette fonction).

Pour notre étude, je me suis basé sur la détermination d'une seule unité de travail. En effet, les lieux d'accueil des accueillants familiaux peuvent être distants de quelques mètres à plusieurs kilomètres. Par exemple, au Centre Hospitalier Spécialisé d'Ainay le Château (Allier) et de Dun sur Auron (Cher), au Syndicat Inter hospitalier en Santé Mentale (Loire-Atlantique)..., les logements des accueillants sont distants de 100 mètres à 30 kilomètres de l'établissement hospitalier. Dans certaines structures, l'accueil peut s'effectuer jusqu'à 100 Km, comme pour le Centre Hospitalier

Mastère Management de la Qualité, Sécurité, Environnement

Ste Anne (Paris), le Centre Hospitalier de Monfavet (Vaucluse), ou bien encore le Centre Hospitalier Spécialisé de la Savoie (Chambéry Bassens) réparti sur tout le département et limitrophes. En effet, il semble pertinent de s'intéresser à cette notion de distance. Par exemple, les risques routiers notamment, le délai d'intervention des équipes, ..., seront différents d'une structure à l'autre. Il faudra repenser l'organisation mise en place.

3-3.2 L'identification et l'analyse des risques

Après un premier contact téléphonique avec une dizaine d'établissements pratiquant l'accueil familial thérapeutique, je me suis aperçu que ceux-ci n'employaient que 3 à 5 accueillants familiaux, et n'avaient que 2 ou 3 patients par établissements.

Afin d'avoir des résultats représentatifs, mon choix s'est tourné vers le CHS d'Ainay le Château.

La cotation élaborée et utilisée au CHS d'Ainay le Château a donc été utilisée.

Plusieurs raisons justifient ce choix :

- 1- Le CHS d'Ainay le Château est le seul établissement en France à pratiquer l'Accueil Familial d'Adultes à grande échelle (220 familles, 440 patients au 01 octobre 2006) ;
- 2- Selon le Décret n° 1016 du 05 novembre 2001, une évaluation des risques professionnels doit être réalisée par « unité de travail ». Or, les établissements en France ne possèdent pas assez de familles pour constituer une évaluation spécifique en AFT d'adultes.

En 2006, l'évaluation des risques professionnels réalisée au CHS d'Ainay le Château. 14 risques ont été recensés.

Certains risques rencontrés au domicile des accueillants en AFT sont communs à d'autres secteurs hospitaliers (incendie, routier,...) mais d'autres sont plus spécifiques.

Sur les 14 risques recensés, deux seulement ont fait l'objet d'incident / accident:

- Une chute de hauteur (un incident / accident) ;
- Une manutention manuelle (un incident / accident).

Une cotation spécifique à été utilisée. Elle reprend 3 critères :

- ✚ Le nombre d'agents exposés ;
- ✚ La gravité en cas d'accident ;
- ✚ La fréquence des accidents depuis 3 ans.

Critère n°1 : le nombre d'agents exposés	
Niveau	Signification
1	0% à 20%
2	20% à 40%
3	40% à 60%
4	60% à 80%

Critère n°2 : la gravité en cas d'accident	
Niveau	Signification
1	Blessure insignifiante
2	Blessure légère sans arrêt
3	Blessure avec arrêt de travail
4	Amputation, incapacité

Critère n°3 : la fréquence des accidents depuis 3 ans	
Niveau	Signification
1	0 accident et 0 incident
2	0 accident et 1 incident
3	0 accident et plusieurs incidents
4	1 ou plus incidents

Principe de l'évaluation		Classement		
C1 X C2 X C3 = 1	Idéal, le risque n'est pas perceptible	Classement	Note	Actions à mener
C1 X C2 X C3 = 125	Danger maximum, interdire le travail	A	De 1 à 10	0 accident et 0 incident
		B	De 11 à 20	0 accident et 1 incident
		C	De 21 à 45	0 accident et plusieurs incidents
		D	De 46 à 80	1 accident
		E	De 81 à 125	Si plusieurs accidents

Si nous établissons le rapport entre le nombre de salariés victimes d'un incident (2) et les 220 accueillants familiaux, cela ne représente que très peu (environ 0,90% de personnes exposées) en 2006.

Afin de lutter contre ces risques, différentes mesures de prévention peuvent être utilisées.

4- COMPARAISON DE L'EVALUATION DES RISQUES PROFESSIONNELS ENTRE L'HOSPITALISATION EN ACCUEIL FAMILIAL THERAPEUTIQUE ET LES HOSPITALISATIONS EN INTRA

Les risques professionnels en hospitalisation en INTRA sont différents de ceux en Accueil Familial Thérapeutique. Nous pouvons proposer cette classification :

- ✓ **Les risques identiques en hospitalisation en INTRA et en Accueil Familial Thérapeutique**
- ✓ **Les risques accrus en Accueil Familial Thérapeutique**

4.1 Les risques identiques en hospitalisation en INTRA et en Accueil Familial Thérapeutique

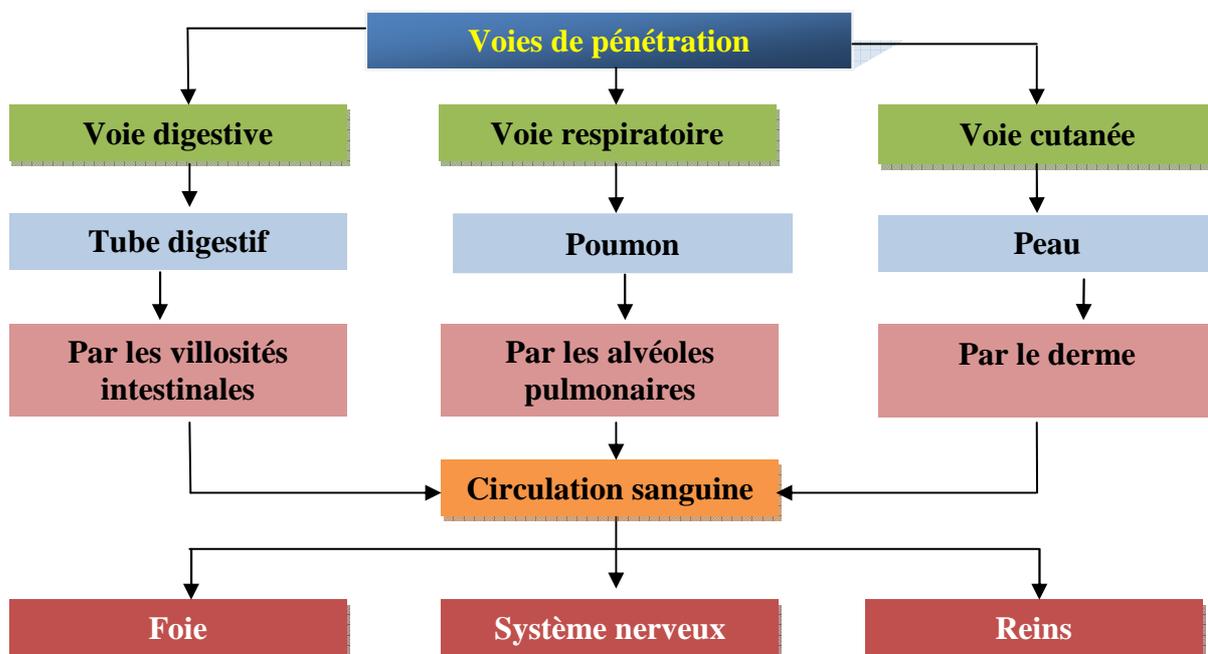
1- Le risque chimique

Le risque chimique est présent en hospitalisation en INTRA comme en Accueil Familial Thérapeutique. On retrouve :

- ✚ **Les produits irritants et/ou sensibilisants** : produits de nettoyage (désinfectants, dégraissants,...) ;
- ✚ **Les produits corrosifs** : détartrants, acides (acide chlorhydrique, acide phosphorique, acide acétique,...), désinfectants alcalins (eau de javel,...) ;
- ✚ **Les produits inflammables** : acétone, alcool / butane, propane ;
- ✚ **Les produits de combustion** : risque de dégagement d'oxyde de carbone par des appareils

de chauffage mal réglés ;

- ✚ **Les médicaments** : utilisation de médicaments à domicile pour les patients, risque de prise par les enfants et/ou la famille.



L'exposition a lieu pendant l'exécution des tâches ménagères avec divers produits. Deux modes d'utilisation peuvent être confrontés :

✚ Lors d'une utilisation normale

Il s'agit souvent d'une utilisation répétée, sans précaution particulière:

<i>Voie digestive</i>	<i>Voie respiratoire</i>	<i>Voie cutanée</i>
<ul style="list-style-type: none"> • L'ingestion accidentelle lors du versement, d'éclaboussure de produits; • En mangeant, en fumant... sans s'être lavé les mains. 	<ul style="list-style-type: none"> • L'inhalation de vapeurs lors de l'utilisation, l'ouverture et la fermeture des récipients; • L'utilisation de bombes aérosols ; • La mauvaise utilisation sans ouverture des fenêtres. 	<ul style="list-style-type: none"> • L'utilisation sans gants de produits; • Le renversement accidentel, projection de gouttelettes,...

✚ Lors d'une utilisation anormale

En cas d'utilisation anormale du produit :

<i>Voie digestive</i>	<i>Voie respiratoire</i>	<i>Voie cutanée</i>	<i>Explosion</i>

Mastère Management de la Qualité, Sécurité, Environnement

<ul style="list-style-type: none"> • L'ingestion de produit notamment lors du déconditionnement et reconditionnement du produit dans un contenant inapproprié. 	<ul style="list-style-type: none"> • Le dégagement de vapeurs toxiques lié au mélange de produits entre eux; • La ventilation inadaptée. 	<ul style="list-style-type: none"> • L'aspersion de produits corrosifs (aérosol mal employé par exemple : décapant pour four, ammoniac, eau de javel,...). 	<ul style="list-style-type: none"> • Le mauvais stockage et/ou incompatible des produits entre eux.
---	--	---	--

Les effets liés à l'utilisation des produits chimiques selon l'importance de la quantité reçue par l'organisme (voie digestive, respiratoire ou cutanée) peuvent être des intoxications aiguës, des intoxications chroniques, des allergies, des irritations respiratoires, des brûlures de la peau / muqueuse / yeux / système digestif, des cancers, des atteintes aux fonctions de reproduction, des amputations.

Si en établissement de soins, le risque chimique est plus facile à contrôler (présence de Fiche de Données de Sécurité, stockage en armoire ventilée, présence d'équipement de sécurité plus important), au domicile des accueillants, celui-ci est plus difficile à vérifier par l'établissement (utilisation de produits de nettoyage courant, de déboucheur d'évier, de bombes aérosols,...) – **Le droit de contrôle exercé par l'établissement s'applique uniquement aux lieux d'accueil.**

Des moyens de prévention, en terme Humain, Technique et Organisationnel doivent être appropriés pour la réduction des risques:

Hospitalisation en INTRA	Accueil Familial Thérapeutique
<ul style="list-style-type: none"> • La présence de Fiche de Données de Sécurité; • Le stockage en armoire ventilée; • La présence d'équipement de sécurité plus important. 	<ul style="list-style-type: none"> • Le stockage de produits ménagers et de médicaments, uniquement chez l'accueillante familial, fermée à clé, hors de portée des enfants; • Le port de gants pour la vaisselle, la lessive, les toilettes; • Des formations concernant l'utilisation des produits, la lecture des étiquettes, l'interdiction de mélanger les produits entre eux, ou les reconditionner.

2- Le risque de manutention manuelle, postures, gestes répétitifs (contraintes d'effort et de postures liées à la manutention de patient)

Définition :

Mastère Management de la Qualité, Sécurité, Environnement

Il s'agit de la manutention manuelle de charges, de toute opération de transport ou de soutien d'une charge par un ou plusieurs travailleurs. Bien qu'il soit difficile de pointer du doigt la catégorie professionnelle qui présente le plus de risque de souffrir de douleurs du dos, il est à peu près sûr que le secteur des Soins se trouve dans le peloton de tête.

Facteurs de risque :

Une manutention manuelle peut comporter un risque dorso-lombaire, quand:

• la charge est:	• l'effort demandé:	• l'environnement de travail est inadéquat:	• l'opération comporte d'autres exigences comme:
- trop lourde ; - trop grande ; - difficile à saisir ; - située à trop grande distance du tronc ; - saisie par une flexion ou une torsion du tronc.	- est trop grand ; - nécessite une torsion du tronc ; - déséquilibre la charge ; - exige une position instable.	- nature du sol ; - espace libre ; - ambiance climatique défavorable.	- des efforts prolongés avec repos insuffisant ; - de trop longues distances de transport ; - une cadence trop élevée.

Le risque de manutention manuel est très présent dans le secteur des soins. La lutte contre les accidents de manutention constitue une priorité pour les établissements de santé. L'aide aux patients pour les toilettes, promenades, habillage / déshabillage, lever / coucher, le ménage, la réfection des lits ou distribuer des repas est considérée comme un facteur de risque. Le personnel concerné est l'ensemble des soignants, soit toutes les personnes qui ont des relations directes avec des soignés.

Les locaux sont moins adaptés chez les accueillants familiaux (présence d'escalier, espace plus étroit,...) ce qui représente une cause de risque plus importante lors :

- ✚ De déplacement de mobilier ;
- ✚ De réfection du lit / de retournement des matelas ;
- ✚ Des courses et ravitaillements ;
- ✚ De port des plateaux repas ;
- ✚ D'aide à la toilette.

Les activités de ménage courant peuvent conduire à l'adoption de postures contraignantes (à genoux, accroupi, penché en avant, bras en élévation). Les activités de lessive, repassage, nettoyage

Mastère Management de la Qualité, Sécurité, Environnement

des vitres... sont à l'origine de gestes répétitifs sollicitant les membres supérieurs.

Différents facteurs sont susceptibles d'influencer l'exposition aux risques liés aux manutentions manuelles :

- ✚ Le poids (des meubles, des courses, des appareils) ;
- ✚ L'état de santé du patient, plus ou moins autonome (trouble de l'équilibre dû à la prise de certains médicaments) ;
- ✚ La configuration des locaux : passages étroits, présence de dénivelés voire d'escaliers (à Ainay le Château, 33 lieux d'accueil sur 220 comportent des chambres en étage), sols glissants ou en mauvais état, présence de tapis (pour exemple, les tapis sont interdits à Ainay) ;
- ✚ La formation (prévention des risques à l'activité physique et ergonomie) ;
- ✚ La présence d'animaux domestiques qui peuvent gêner la mobilisation des meubles ou des patients, ou causer une chute.

Les conséquences possibles sont des douleurs dorsales, lumbagos, sciatiques et des traumatismes suite, par exemple, à l'écrasement ou au coincement d'un pied, d'une main, ou suite à une chute (dénivelés, escalier, sol en mauvais état) pendant la manutention.

Des moyens de prévention, en terme Humain, Technique et Organisationnel doivent être appropriés pour la réduction des risques:

Hospitalisation en INTRA	Accueil Familial Thérapeutique
<ul style="list-style-type: none"> • La présence de consignes pour éviter les sols glissants (par exemple consigne de nettoyage des sols) ; • Soulever les charges en fléchissant les genoux et en gardant le buste droit, varier les mouvements et les postures ; • L'utilisation de lève malades ; • L'utilisation de lits médicalisés ; • L'utilisation de fauteuils roulants ; • La formation « gestes et 	<ul style="list-style-type: none"> • L'accueil de patient autonome ; • L'absence de dénivelé dans les logements / pas d'escalier / réfection des sols ; • Soulever les charges en fléchissant les genoux et en gardant le buste droit, varier les mouvements et les postures ; • La présence de consignes pour éviter les sols glissants (par exemple consigne de nettoyage des sols) ; • L'absence de tapis ; • Le contrôle fréquent des lieux (à Ainay, plutôt conduit par des administratifs accompagnés d'un cadre supérieur de santé, ceci afin que les soignants ne soient pas dans une situation délicate vis-à-vis du patient et de l'accueillant) ;

postures ».	<ul style="list-style-type: none"> • L’entretien journalier des lieux (à prévoir dans le règlement intérieur et dans le contrat d’accueil) ; • La formation « gestes et postures ».
-------------	---

3- Le risque de chutes ou glissades

Les chutes, qu’ils s’agissent de l’hospitalisation en INTRA ou chez l’accueillant familial thérapeutique ont les mêmes causes.

Différents types de chutes existent :

- ✚ Les chutes et glissades de plain pied ;
- ✚ Les chutes de hauteur ;
- ✚ Les chutes d’objets.

a. Les chutes et glissades de plain pied

Elles peuvent provenir :

- A l’intérieur :

De la présence de dénivelés, d’escaliers, de tapis, de sols en mauvais état, glissants, de lieux de circulation entravés par des objets, de la présence d’animaux chez l’accueillant familial, d’un mauvais éclairage, du port de chaussures non adaptées, de la perte d’équilibre de la personne, de la baisse de tension...

- A l’extérieur

D’un mauvais éclairage, de conditions climatiques défavorables (pluie, grêle, neige, verglas,...).

Des moyens de prévention, en terme Humain, Technique et Organisationnel doivent être appropriés pour la réduction des risques:

Hospitalisation en INTRA	Accueil Familial Thérapeutique
<ul style="list-style-type: none"> • Porter de chaussures adaptées ; • Ne pas marcher sur sol mouillé ; • Ne pas encombrer le sol (plantes,...). 	<ul style="list-style-type: none"> • Supprimer les dénivelés / pas d’escalier (logement de plain pied) ; • Refaire les sols, entretiens fréquents, ranger le plus possible la maison ; • Pas ou peu d’animaux ; • Excellent éclairage; • Porter de chaussures adaptées;

	<ul style="list-style-type: none"> • Poser des revêtements antidérapants à l'extérieur.
--	--

b. Les chutes de hauteur

Certaines interventions peuvent nécessiter l'utilisation d'un escabeau (nettoyage des vitres, remplacement d'une ampoule, nécessité d'accéder à un rangement en hauteur,...). Les conséquences, notamment en cas de chute de hauteur, peuvent être graves (fracture, traumatisme crânien,...).

Des moyens de prévention, en terme Humain, Technique et Organisationnel doivent être appropriés pour la réduction des risques:

- Utilisation de matériel en bon état, en adéquation avec les tâches à exécuter.

c. Les chutes d'objet

La chute peut intervenir soit au moment de la manutention de l'objet, soit au moment de la manipulation d'un autre objet qui va déséquilibrer le premier, soit par effondrement d'un support inadapté. Elle peut être liée aux conditions climatiques pendant le transport.

Des moyens de prévention, en terme Humain, Technique et Organisationnel doivent être appropriés pour la réduction des risques:

Hospitalisation en INTRA	Accueil Familial Thérapeutique
<ul style="list-style-type: none"> • Avoir des rayons de stockage adaptés et limités à hauteur d'homme ; • Avoir un éclairage suffisant. 	<ul style="list-style-type: none"> • Assurer la stabilité des meubles ; • Avoir un éclairage suffisant ; • Porter des chaussures adaptées, à semelles anti-dérapantes lors des diverses tâches effectuées ; • Avoir de la place pour manœuvrer dans les pièces ; • Prendre les repas avec les patients, donc ne pas utiliser les plateaux ; • A Ainay, toutes les précautions sont prises pour éviter les chutes d'objets ; <p>Depuis une certaine hauteur (les armoires ont été remplacées par des placards – du sol au plafond, il n'y a pas de tablette au dessus des lavabos).</p>

4- Le risque biologique

Le risque biologique est présent dans les deux situations. Outre les soins effectués par un personnel soignant qualifié et formé (pansements, piqûres,...), le risque biologique peut avoir lieu par contact

Mastère Management de la Qualité, Sécurité, Environnement

avec un liquide biologique (sang, urine, selles,...). Il peut y avoir également un contact entre deux patients contagieux (contamination par l'air, l'eau, goutelettes...)

Les facteurs
Hospitalisation en INTRA et Accueil familial Thérapeutique
<ul style="list-style-type: none">• Les contacts entre plusieurs patients et visiteurs ;• Les soins effectués aux patients ;• Les contacts avec des liquides biologiques, contamination du linge, contamination de la famille.

En institution, les vêtements du patient ainsi que le linge sont lavés à part des tenues de travail du personnel, diminuant ainsi le risque de contamination.

En Accueil Familial Thérapeutique, les vêtements, le linge de toilette, les draps,... du patient sont lavés par la famille. L'Arrêté du 18 juillet 1994 ainsi que celui du 17 avril 1997 fixent la liste des agents biologiques pathogènes (tableau A : bactéries, tableau B : virus, tableau C : les parasites, assortis de sigles et symboles permettant de bien cerner les risques).

De nombreux agents infectieux et parasitaires sont susceptibles d'entraîner ce risque. L'état de santé, la pathologie du patient, son environnement (présence d'animaux,...) sont autant de facteurs de risques.

Les agents infectieux sont :

- 1- Des bactéries (staphylocoques, streptocoques, tuberculose, légionellose,...) ;

La tuberculose :

Il existe un programme national de lutte contre la tuberculose 2007 /2009 – En France le nombre de cas de tuberculose diminue depuis les années 70, cependant il reste élevé dans certaines régions et pour certains groupes de population, dans ce contexte, la politique de lutte contre la tuberculose évolue.

La légionellose :

La légionellose est une maladie respiratoire provoquée par des bactéries, du genre « *légiionella* », présentes naturellement dans les milieux aquatiques. La légionellose est transmise par inhalation de micro gouttelettes d'eau contaminées diffusées en aérosol (douche). Elle se manifeste sous deux formes cliniques :

Une maladie à caractère bénin, la fièvre de PONTIAC et une maladie beaucoup plus grave « la maladie du Légionnaire ».

La Loi du 09 août 2004 relative à la politique de santé publique a défini comme objectif prioritaire de santé publique la réduction de 50% de l'incidence de la légionellose à l'horizon 2008.

Le moyen de prévention de la légionnelle dans les lieux d'accueil est de profiter de l'absence des

Mastère Management de la Qualité, Sécurité, Environnement

patients pour monter la température des chauffe eau à plus de 60°C afin d'éliminer les légionnelles.

2- Des virus (grippe, zona, hépatite B et C, infection par le VIH,...) ;

3- Des champignons (mycoses) ;

Les voies de contamination possibles sont :

- La voie respiratoire (émission de gouttelettes lors de la parole, toux,...) ;
- La voie cutanée (blessure par un objet souillé, aiguille, contact avec une plaie infectée, un ulcère à la jambe... manipulation de linge souillé, des ordures ménagères,...) ;
- La voie digestive (par l'intermédiaire des mains ou d'un objet souillé porté à la bouche) ;
- Le contact avec les animaux éventuellement présents, soit par contact direct, soit par morsure.

Des moyens de prévention, en terme Humain, Technique et Organisationnel doivent être appropriés pour la réduction des risques:

Hospitalisation en INTRA	Accueil Familial Thérapeutique
<ul style="list-style-type: none">• L'obligation de vaccination contre l' « hépatite C » ;• La formation / sensibilisation au lavage des mains ;• Le lavage des mains fréquent, systématique après certains gestes (travaux, toilettes, confection des repas, soins prodigués au(x) patient(s) ;• Le port de vêtements, de protections individuelles spécifiques (gants, blouse) pour effectuer certaines tâches (toilettes, ménage,...).	<ul style="list-style-type: none">• Pas ou peu d'animaux dans le lieu d'accueil, et animaux vaccinés ;• Des contenants adaptés pour matériels et déchets piquants / tranchants afin de prévenir le risque d'accident d'exposition au sang (AES) ;• La vaccination contre l' « hépatite C », et l'incitation à se faire vacciner contre la grippe (à Ainay le Château, 200 familles sont vaccinées contre la grippe sur 220) ;• La formation / sensibilisation au lavage des mains ;• Le lavage des mains fréquent, systématique après certains gestes (travaux, toilettes, confection des repas, soins prodigués au(x) patient(s) ;• Les consignes à respecter pour le lavage du linge contaminé des patients ;• Le port de vêtements, de protections individuelles spécifiques (gants, blouse) pour effectuer certaines tâches (toilettes, ménage,...).

5- Le risque d'incendie / d'explosion (avec l'oxygène)

L'oxygène peut être utilisé comme un moyen thérapeutique pour le patient. Les conditions de stockage sont toujours adaptées et vérifiées pour éviter des risques importants.

En Accueil Familial Thérapeutique, il est délicat de savoir exactement ce qui peut occasionner un départ de feu ou l'explosion, car le contrôle ne s'effectue que dans les locaux dévolus à l'accueil.

Des moyens de prévention, en terme Humain, Technique et Organisationnel doivent être appropriés pour la réduction des risques:

Hospitalisation en INTRA	Accueil familial Thérapeutique
-------------------------------------	---------------------------------------

<ul style="list-style-type: none"> • Des conditions de stockage appropriées : obligation de stocker les bouteilles d'oxygène dans un local spécifique, aéré, indépendant des autres bâtiments ; • Des conditions de transport adaptées : chariot ; • Des conditions de distributions adaptées : canalisation pour le transport de l'oxygène vers le lit du patient ; • L'obligation « Hôpital sans tabac » ; • Des installations électriques conformes. 	<p>a) <u>Les détecteurs de fumée</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Installer conformément aux notices d'utilisation des détecteurs de fumée dans les lieux d'accueil (pas encore obligatoire, en cours de discussion au Sénat). <p>b) <u>L'usage du tabac</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • L'usage du tabac est formellement interdit dans les lieux d'accueil – Hôpital sans tabac, les patients fument à l'extérieur. <p>c) <u>La cuisine</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ne jamais laisser les brûleurs allumés sans surveillance, et en cas d'éloignement, éteindre la cuisinière ; • Garder des couvercles à proximité de façon à ce que si une casserole prend feu, on puisse facilement la recouvrir et éteindre le feu ; • Installer un extincteur dans la cuisine ; • Garder les torchons et les gants loin du coin cuisson ; • Nettoyer régulièrement la hotte et le ventilateur au-dessus du coin cuisson. <p>d) <u>Le chauffage</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Faire inspecter les chaudières et les cheminées (ramonage) par un professionnel avant le début de l'hiver (en cas de chauffage au bois, cette opération devra être réitérée plusieurs fois) ; • Passer un contrat d'entretien annuel avec un professionnel pour les appareils à combustion ; • Eviter le stockage de matériaux combustibles près de la chaudière. <p>e) <u>Le transport et le stockage des bouteilles d'oxygène</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Des organismes compétents livrent les bouteilles d'oxygène chez les accueillants familiaux. Ces organismes forment les patients et les familles aux règles de stockage et d'utilisation. Ils se chargent de déplacer les bouteilles lorsque le patient sous oxygène change d'accueil.
--	---

6- L'emploi de machines (y compris manipulation de chariot), d'outils ou d'instruments coupants, contondants ou perforants

L'utilisation de matériels diffère, mais peut toutefois être source de risque pour la santé s'ils sont mal utilisés

Mastère Management de la Qualité, Sécurité, Environnement

Hospitalisation en INTRA	Accueil familial Thérapeutique
<ul style="list-style-type: none"> • L'utilisation de chariots de manutention, lève malades, lits relevables, véhicules, ... sont des facteurs de risques fréquents en milieu hospitalier psychiatrique ; • L'utilisation de seringues, scalpels, aiguilles, cathéters,... 	<ul style="list-style-type: none"> • L'utilisation de véhicules ; • L'exécution des tâches ménagères impliquent l'utilisation d'un certains nombres d'appareils et d'outils (aspirateur, fer à repasser,...) ; • Lors de la préparation des repas : outils tranchants, four, friteuse, gazinière, plaques électriques, manipulation de liquides brûlants ; • Lors de la mise en route et de l'entretien du chauffage.

Des moyens de prévention, en terme Humain, Technique et Organisationnel doivent être appropriés pour la réduction des risques:

Hospitalisation en INTRA	Accueil familial Thérapeutique
<ul style="list-style-type: none"> • L'entretien régulier des chariots de manutention, lève malades, lits relevables, véhicules ; • La vigilance ; • Le respect des sécurités et d'utilisation. 	<ul style="list-style-type: none"> • Le respect des conduites à tenir pour l'utilisation des matériels et des outils ; • L'entretien régulier des machines et outils.

7- Le bruit

✓ Hospitalisation en INTRA et Accueil familial Thérapeutique

Les cris des patients en hospitalisation en INTRA comme en Accueil Familial Thérapeutique, les échanges verbaux du personnel, l'utilisation des appareils sont autant de facteurs de bruit non négligeables.

Des moyens de prévention, en terme Humain, Technique et Organisationnel doivent être appropriés pour la réduction des risques:

- Ne pas laisser crier les patients (assurer une prise en charge efficace) ;
- Faire appel à l'équipe référente ;
- Employer des appareils moins bruyants.

8- Le risque électrique

Le contrôle de l'établissement s'arrête au lieu d'accueil sur la conformité des installations électriques, ainsi que sur les appareils présents. L'établissement ne contrôle pas la sphère privée des familles d'accueil, il peut simplement émettre des recommandations.

Mastère Management de la Qualité, Sécurité, Environnement

Le risque est important dans la mesure où le domicile privé de l'accueillant est contigu au lieu d'accueil. L'établissement ne connaît pas quels risques potentiels peuvent exister chez les accueillants. Les fils dénudés, le branchement d'appareils électriques sur une même prise, une installation électrique non conforme, des appareils défectueux (ménagers et/ou chauffage), sont autant de facteurs de risques à prendre en compte.

✚ Les effets sur les personnes peuvent être de plusieurs natures :

- ❖ Des brûlures de contact et interne ;
- ❖ La perte des yeux par arc électrique ;
- ❖ Une chute liée au choc électrique ;
- ❖ L'électrisation ;

Le corps humain est conducteur d'électricité. Un courant électrique, même faible, peut avoir des conséquences graves – spasmes, brûlures, paralysie des muscles – et peut même causer la mort par électrocution.

- ❖ L'électrocution.

C'est l'électrisation qui débouche le plus souvent sur une issue fatale (mort).

Des moyens de prévention, en terme Humain, Technique et Organisationnel doivent être appropriés pour la réduction des risques:

Hospitalisation en INTRA	Accueil Familial Thérapeutique
<ul style="list-style-type: none">• Ne jamais laisser une rallonge branchée à une prise sans qu'elle soit reliée à l'électricité ;• Ne jamais utiliser un fil pour tirer ou déplacer un appareil électrique ;• Ne jamais toucher à un fil électrique dénudé dont on ne perçoit qu'une extrémité;• Ne jamais toucher une prise avec les mains mouillées.	<ul style="list-style-type: none">• Avoir une installation électrique conforme ;• Avoir des appareils électriques et/ou de chauffage en parfait état de fonctionnement ;• Ne jamais « bricoler » une prise électrique endommagée ;• Ne jamais laisser une rallonge branchée à une prise sans qu'elle soit reliée à un appareil électrique ;• Ne jamais utiliser un fil électrique pour tirer ou déplacer un appareil électrique ;• Ne jamais toucher une prise avec les mains mouillées.

4.2 Les risques accrus en Accueil Familial Thérapeutique

9- Le risque d'agression

Mastère Management de la Qualité, Sécurité, Environnement

Le risque d'agression est plus important en Accueil familial Thérapeutique qu'en hospitalisation en INTRA. L'agressivité est principalement due à la pathologie, à la cohabitation avec différents patients, à la solitude, aux frustrations.

Le risque d'agression est omniprésent dans l'esprit de tous les professionnels.

C'est un risque potentiel chez les accueillants familiaux. Les patients accueillis en AFT peuvent décompenser, et s'énerver, voire devenir violents donc agressifs.

Les accueillants familiaux ont une fonction d'observation et savent quand faire intervenir les infirmiers.

On peut distinguer trois niveaux d'agression :

- L'incivilité, qui relève de l'absence de respect d'autrui et se manifeste par des comportements relativement bénins ;
- L'agression physique ou verbale ;
- L'acte violent.

o Les situations propices à la violence

- Travailler seul ou de façon isolée avec des horaires atypiques ;
- L'incompréhension des accueillants vis-à-vis de certains comportements de patients (psychotiques ou schizophrènes), pouvant conduire à un climat d'agressivité ;
- L'instabilité, « La décompensation » du patient ;
- L'évolution de la pathologie psychiatrique, ou le fait de souffrir d'une autre pathologie.

Des moyens de prévention, en terme Humain, Technique et Organisationnel doivent être appropriés pour la réduction des risques:

Hospitalisation en INTRA	Accueil Familial Thérapeutique
---------------------------------	---------------------------------------

Mastère Management de la Qualité, Sécurité, Environnement

<ul style="list-style-type: none">• La présence de plusieurs soignants, pouvant, si besoin, contenir le patient ;• La présence d'un personnel soignant formé et qualifié (diplôme de la profession d'infirmier, diplôme médical et diplôme de médecin spécialiste,...) de jour comme de nuit ;• La présence de chambre(s) d'isolement(s) pour contenir les patients agités, violents ;• La mise à disposition de PTI (dispositif de Protection du Travailleur Isolé) ;• La présence de vigiles.	<ul style="list-style-type: none">• Notons que selon l'article 3 de l'arrêté du 01 Octobre 1990, les patients relevant respectivement de l'hospitalisation sur demande d'un tiers et de l'hospitalisation d'office ne peuvent bénéficier des services d'accueil familial thérapeutique, ce qui limite les risques d'agression ;• Limiter l'AFT à l'accueil de patients « stabilisés » ;• Par la parole, l'écoute des petits tracas de la vie quotidienne, les accueillants peuvent éviter bien des problèmes relationnels ;• Quitter le lieu du « conflit » permet aussi d'évacuer le stress ;• Des formations en termes de conduites à tenir en cas d'agression ;• Des groupes de parole peuvent permettre de recueillir les impressions des différentes familles exerçant cette profession, sur des problèmes rencontrés et les solutions à apporter ;• La possibilité de joindre l'établissement 24H / 24 permet aussi de rassurer les accueillants familiaux ;• La mise en œuvre de procédure d'appel d'urgence ;• La faible distance du lieu d'accueil par rapport à l'établissement de soins, permettant un délai d'intervention plus rapide des équipes.
---	---

10- Le risque routier

- Le risque routier est plus important en Accueil Familial Thérapeutique ;
- Les lieux d'accueil sont situés à l'extérieur de l'établissement de santé ;
- Dans le cas du CHS d'Ainay le Château, les lieux d'accueil se situent de 100 mètres à 30 kilomètres autour de l'établissement. De ce fait, l'utilisation du véhicule personnel est très fréquente. Le risque est accru lorsque qu'il y a un grand nombre d'accueillants familiaux. Les lieux d'accueil sont souvent éloignés des structures de soins. Par exemple, certains accueils familiaux parisiens se situent dans la région du Mans. Les accueillants sont aussi conviés à des réunions de travail, à des réunions avec les personnels soignants, l'équipe pluridisciplinaire, à des formations, au sein de l'établissement ou à l'extérieur.

Mastère Management de la Qualité, Sécurité, Environnement

Si un accident se produit, il conviendra de distinguer l'accident de trajet (domicile – établissement) ou l'accident de mission (domicile – établissement, ou domicile – lieu extérieur). Lorsque le déplacement doit s'effectuer à l'extérieur, l'employeur doit établir un ordre de mission.

Des moyens de prévention, en terme Humain, Technique et Organisationnel doivent être appropriés pour la réduction des risques:

Hospitalisation en INTRA	Accueil Familial Thérapeutique
<ul style="list-style-type: none">• Respecter le code de la route ;• Réviser fréquemment les véhicules terrestres à moteur ;• Limiter les déplacements ;• Etablir un plan de circulation dans l'enceinte de l'établissement ;• Former à la conduite à risque ;• Se faire accompagner d'un soignant si nécessaire.	<p>L'accueillant familial doit :</p> <ul style="list-style-type: none">• Etre en possession du permis de conduire ;• Respecter le code de la route ;• Avoir sa voiture en bon état de fonctionnement (boîte d'ampoules disponible, essuie glace vérifié,...) ;• Mettre des lunettes lorsque leur port est obligatoire ;• Etre vigilant lors de la conduite routière (même un trajet court est source d'accident grave, surtout rester concentré lorsqu'il y a 2 ou 3 patients présents dans l'habitacle) ;• Ne pas prendre certains médicaments, ni d'alcool, ou de substances illicites ;• Adapter sa conduite aux conditions climatiques, de circulations et aux heures de la journée ;• Limiter les déplacements.

11- Le risque de brûlure

Selon l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé, au total, 400.000 brûlures par accidents domestiques sont recensées par an.

Les accidents de brûlure peuvent être fréquents au domicile.

Les accueillants familiaux sont confrontés à ce risque.

Le risque de brûlure est plus important en Accueil Familial Thérapeutique :

- a. La brûlure lors de la cuisson des repas

Mastère Management de la Qualité, Sécurité, Environnement

En Accueil familial Thérapeutique, l'accueillant familial doit préparer les repas (pour lui et les patients). En établissement de soins, les aliments sont souvent sous-traités par une cuisine collective et ils arrivent en chariot de maintien en température. Peu de préparations sont effectuées dans les services.

b. La brûlure lors des travaux ménagers

Les brûlures liées aux repassages, travaux ménagers divers,... sont autant de risques pour l'accueillant familial (des patients demandeurs peuvent perturber l'accueillant au moment d'une manipulation délicate).

c. La brûlure lors de l'accueil des patients placés sous oxygène

Lorsque des patients sont placés sous oxygène, l'équipe doit être attentive aux règles de stockage et d'utilisation, en faisant appel à des organismes compétents, qui formeront les patients et les familles, qui se chargeront de déplacer les bouteilles lors de changement d'accueil. Ce risque est minime.

Des moyens de prévention, en terme Humain, Technique et Organisationnel doivent être appropriés pour la réduction des risques:

Hospitalisation en INTRA	Accueil Familial Thérapeutique
<ul style="list-style-type: none">• Respecter les règles de stockage, manipulation et utilisation des bouteilles d'oxygène ;• Porter des gants lors des tâches ménagères.	<p><u>Cuisine</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Avoir une électricité conforme ;• Posséder des appareils en bon état de fonctionnement ;• Eviter les multiprises / éviter les fils traînant à même le sol ;• Tourner les manches de casserole, de poêle pour éviter que leur contenu ne se renverse ;• Eteindre les plaques de cuisson en fin de préparation. <p><u>Salle de bain - Lavabo</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Régler le thermostat du ballon d'eau chaude, ou des chaudières pour ne pas dépasser une certaine température (lors des départs de patients ou de congés, les accueillants familiaux devront remonter les thermostats afin de détruire les salmonelles) ;• Installer des robinets thermostatiques.

12- Le risque de charge mentale (psychologique, stress,...)

Mastère Management de la Qualité, Sécurité, Environnement

La charge mentale est omniprésente. Les relations avec le patient dépendent de nombreux facteurs (des relations humaines naturelles, de la pathologie dont souffre le patient (il est difficile de partager son quotidien avec des psychotiques / schizophrènes...). L'accueillant familial assure sa fonction tout au long de l'année, il s'agit d'un travail à temps complet. L'accueil des patients s'effectue tous les jours, y compris les week-ends et jours fériés. Il n'existe pas de repos hebdomadaire. La fatigue nerveuse est induite par la charge de travail. Son travail à temps complet nécessite :

- De s'organiser dans son travail, de s'adapter régulièrement à de nouveaux patients ;
- De supporter la maladie psychiatrique qui génère des comportements inadaptés de la part des patients accueillis, mais aussi d'autres pathologies auxquelles peuvent s'ajouter des handicaps divers ;
- D'être disponible ;
- De se préparer aux difficultés de communication avec le ou les patients ;
- D'effectuer de nombreux déplacements routiers ;
- D'éviter de se tromper dans la dispensation des médicaments ;
- De mettre en œuvre le projet défini (projet thérapeutique individuel) ;
- De gérer les risques imprévisibles : agressions, fugues, accidents, tentative de suicide ou morts subites ;
- De savoir se préparer au départ des patients ;
- De s'habituer à un manque de considération soit de la part du patient ou de sa famille naturelle, soit des intervenants, soit de l'entourage ;
- De faire passer le ou les patients avant les membres composant la famille.

Lorsqu'il prend ses congés, les patients sont confiés à un autre accueillant ou sont pris en charge par l'établissement ; c'est donc un moment privilégié pour lui de se reposer, de se retrouver en famille.

Les accueillants familiaux étant rémunérés à la journée de présence des patients, grande est la tentation de ne pas signaler certains problèmes. Les accueillants peuvent être confrontés à une absence plus ou moins longue du ou des patients accueillis. De ce fait, leur salaire peut varier d'un mois à l'autre, du simple au double, ce qui est gênant lorsque la famille doit faire face à des crédits, ou à des aléas de la vie quotidienne.

Le risque de charge mentale est accru en Accueil Familial Thérapeutique car les accueillants sont seuls la majeure partie du temps (24h / 24h) pour prendre en charge les patients, même si l'équipe pluridisciplinaire est toujours joignable.

Des moyens de prévention, en terme Humain, Technique et Organisationnel doivent être

appropriés pour la réduction des risques:

Hospitalisation en INTRA	Accueil Familial Thérapeutique
<ul style="list-style-type: none">• Le débriefing de l'équipe pluridisciplinaire ;• La consultation avec un Psychologue extérieur rémunéré par l'employeur.	<ul style="list-style-type: none">• La mise en place de groupes de parole ;• Des liens avec l'établissement de santé, l'équipe pluridisciplinaire ;• Une prise en charge avec un psychologue extérieur peut s'avérer bénéfique.

13- Le risque alimentaire

En établissement, la chaîne de préparation et de distribution des repas fait l'objet d'une traçabilité, et est contrôlée régulièrement.

En Accueil Familial Thérapeutique, les contrôles des repas sont effectués ponctuellement par la structure de soins.

La préparation ainsi que la distribution des repas sont effectuées au domicile par les accueillants.

Des consignes (bien cuire les aliments, régime des patients, ...) sont dispensées par l'établissement afin de limiter ce risque.

Les dangers peuvent être de différentes natures. Ils peuvent être chimiques et/ou physiques et/ou microbiens.

La contamination peut être initiale (présence de résidu de traitement par exemple) – Des auto contrôles réalisés sur un site de production ont montré que l'eau de source utilisée contenait de faible quantité d'ETBE (Ethyl-Ter-Buthyl-Ether), qui ont entraîné le retrait des bouteilles d'eau de source et de soda produite dans le Vaucluse le 17 octobre 2008. Le 22 septembre 2008, les produits laitiers chinois ont été interdits d'importation dans l'union européenne, car ils contenaient de la mélanine.

Il peut s'agir d'une recontamination lors des différentes étapes de préparation (qui peut provenir de l'environnement, des manipulations, du matériel mal nettoyé,...).

Il existe aussi des contaminations résiduelles dues à des insuffisances de nettoyage ou à la présence de micro-organisme par défaut de cuisson (parasite). La multiplication microbienne est liée à la température et à la notion de temps.

Tous les dangers n'ont pas la même gravité. Certains sujets sont plus fragiles que d'autres (femmes enceintes, personne immuno déprimée par exemple).

Mastère Management de la Qualité, Sécurité, Environnement

Les risques peuvent être liés à l'ESB (Encéphalopathie Spongiforme Bovine) ou à la tremblante du mouton. Ils peuvent aussi être liés à :

- Des substances toxiques présentes dans certains aliments (polyphénol,...) ;
- Des produits cancérigènes ;
- Des toxines végétales (champignons,...) ;
- Des toxines animales (poissons tropicaux, algues présentes dans certains coquillages) ;
- Des substances issues de l'environnement (concentration de certains métaux par des poissons – exemple thon, dorade, espadon) ;
- Des moisissures dans les céréales qui peuvent être néfastes pour les reins et le système nerveux ;
- Des dioxines présentes dans les graisses du lait ;
- Des résidus de procédés de nettoyage, des substances issues des processus de production (pesticides, antibiotiques chez les animaux, nitrates utilisés en charcuterie, produit de pyrolyse, fumage des poissons, colorants,...) ;
- Des produits contaminés par des bactéries, des virus ou des parasites ;
- Des contaminations des aliments souillés au cours de leurs préparations (germes fabriquant des toxines et provoquant des Toxi Infections Alimentaires).

Cela peut entraîner :

- Des maladies virales, type hépatite A ... La prévention peut se faire par des règles de vaccination et des règles d'hygiène ;
- Des maladies bactériennes (dysenterie, botulisme – le 07 janvier 2008, des analyses sur des foies gras M ont révélées la présence de germes responsables du botulisme, le 13 août 2008, des toxines botuliques ont été retrouvées dans des échantillons de plats mexicains) ;
- Des maladies parasitaires (ténia...). La prévention se fait par le lavage des mains, la cuisson et la congélation avant cuisson ;
- Des salmonelles (première cause de décès par TIAC – Toxi Infection Alimentaire Collective), staphylocoques dorés, listeria – Rappel de ricotta contaminée par la listéria monocytogène le 07 juillet 2008, colibacilles,...).

Des moyens de prévention, en terme Humain, Technique et Organisationnel doivent être

appropriés pour la réduction des risques:

Pour éviter les intoxications alimentaires, il faut organiser les courses, posséder un réfrigérateur bien rangé et nettoyé, avoir une hygiène des locaux et des personnes rigoureuses, respecter les règles de conservation et de cuisson...

- Déchiffrer les étiquettes - DLC (date limite de consommation) ou la DLUO (date limite d'utilisation optimale) ;
- Nettoyer et désinfecter soigneusement les plans de travail, les locaux, avoir une hygiène rigoureuse des mains ;
- Respecter la chaîne du froid. Cela consiste à conserver au maximum les aliments à la température indiquée sur l'emballage. Dans un magasin, il faut :
 - ✓ Commencer les courses par les produits non-alimentaires (vêtements, produits de toilettes, jardinerie...) et passer ensuite aux rayons alimentaires ;
 - ✓ Terminer impérativement par les produits frais et surgelés, les placer dans un sac isotherme.
- Ranger les aliments dans le réfrigérateur

La température n'est pas uniforme dans un réfrigérateur :

- ✓ Dans la zone la plus froide: stocker poissons, viandes et plats cuisinés ;
- ✓ Dans la zone intermédiaire : stocker les produits laitiers ;
- ✓ Dans les zones les moins froides (bacs à légumes et porte), les fruits et légumes, œufs et sauces industrielles.

Les suremballages inutiles (cartons entourant les yaourts par exemple) doivent être enlevés, les aliments doivent être couverts. Il ne faut pas sortir trop longtemps à l'avance les produits qui doivent rester au frais, ne pas ouvrir trop longtemps la porte du réfrigérateur.

Pour les aliments que l'on stocke longtemps (lait UHT, conserves, eaux minérales), il faut placer les plus récents au fond, derrière les autres. Ainsi, en se servant, on prend automatiquement le produit le plus ancien, ce qui fait "tourner" le stock.

- Décongeler au réfrigérateur / ne pas recongeler un produit décongelé.
- Nettoyer le réfrigérateur.

Le réfrigérateur doit être nettoyé toutes les semaines avec un détergent adapté au contact alimentaire (savon de Marseille ou liquide vaisselle).

Mastère Management de la Qualité, Sécurité, Environnement

Après l'avoir rincé, on le désinfecte avec du vinaigre qui remplace efficacement l'eau de javel. Les micro-organismes (listeria, salmonelle,...) survivent sur les aliments entreposés au réfrigérateur, ils forment un bio film qui se dépose partout dans le réfrigérateur. Pour nettoyer, il faut abaisser le pH avec un produit comme le vinaigre.

- Gérer les contaminations croisées.

Les différentes catégories d'aliments ne doivent pas être mélangées. Par exemple, si des listéria (bactéries responsables d'infections graves chez la femme enceinte et les sujets fragiles) sont présentes sur des végétaux crus elles se développeront peu car les plantes ne sont pas un bon "support" pour leur multiplication. Mais si ces bactéries entrent directement ou indirectement (par l'intermédiaire d'un couteau de cuisine...) en contact avec du fromage ou de la charcuterie, elles trouveront un terrain beaucoup plus propice à leur prolifération. Cette multiplication des germes va être d'autant plus importante si le réfrigérateur fonctionne mal : si la température est trop élevée, la sécurité est en danger.

4.3 Les conditions particulières à l'Accueil Familial Thérapeutique

14- Les conditions de travail particulières (nuit, week end,...)

En Accueil Familial Thérapeutique, la prise en charge des patients se déroule 24 heures sur 24, 335 jours sur 365. Ce rythme de travail peut être vécu comme une contrainte. La fatigue nerveuse, le stress, sont autant de facteurs qui jouent sur la condition physique, morale et sur les relations sociales.

Des moyens de prévention, en terme Humain, Technique et Organisationnel doivent être appropriés pour la réduction des risques:

- ✓ Etablir des groupes de paroles entre les accueillants familiaux afin de sortir de l'isolement ;
- ✓ Avoir des relations avec l'établissement de santé, l'équipe pluridisciplinaire, et éventuellement un suivi par un psychologue extérieur ;
- ✓ Se ménager des temps de repos (week-end, absence inférieure à une journée, congés annuels,...).

15- Le travail isolé

Mastère Management de la Qualité, Sécurité, Environnement

Le travail est considéré comme isolé, lorsque le travailleur est hors de portée de voix ou de vue d'autres personnes, sans possibilité de recours extérieur et que le travail présente un caractère dangereux.

L'accueillant familial assure sa fonction à son domicile. Il assure une prise en charge 24H/24 (de jour comme de nuit).

Une équipe pluridisciplinaire (médecins, psychologues, infirmiers, assistantes sociales) assure un suivi du ou des patients en institution, et intervient si nécessaire.

Si un problème survient (agressivité du patient, changement de comportement, malaise, ...), l'accueillant doit en référer immédiatement à l'équipe soignante. Celle-ci intervient aussi souvent que nécessaire au domicile des accueillants, ne laissant pas la famille d'accueil isolée face à un problème.

L'appel d'urgence est très important, l'établissement devant être réactif au moindre souci.

A Ainay le Château, les patients sont considérés comme étant hospitalisés, le CHS répond 24H / 24 et 335 jours / 365. Les lieux d'accueil sont distants de l'établissement d'une 100^e de mètres à une 30^e de kilomètres, ce qui permet une intervention rapide.

Des moyens de prévention, en terme Humain, Technique et Organisationnel doivent être appropriés pour la réduction des risques:

- ✓ Avoir des lieux comprenant des locaux médicaux et/ou infirmiers géographiquement proches des lieux d'accueil ;
- ✓ Etablir des liens avec l'établissement de santé, avec l'équipe pluridisciplinaire, avec si besoin un suivi par un psychologue extérieur à l'établissement ;
- ✓ Etablir des groupes de parole entre les accueillants familiaux afin de confronter leurs expériences ;
- ✓ Mettre en place des numéros d'appels d'urgence de jour comme de nuit (établissement, SAMU (15), POMPIER (18) ...) ;
- ✓ Repérer des lieux d'accueil des patients par un relevé cartographique et photographique, mis à disposition des intervenants.

Toutes ces mesures sont appliquées à Ainay le Château et à Dun sur Auron. Les accueillants familiaux thérapeutiques travaillent seuls à domicile, même si l'équipe soignante est disponible à tout moment. Lors d'une situation d'urgence (psychiatrique, tentative de suicide, décès),

l'accueillant devra gérer la situation en attendant l'équipe soignante (délai d'intervention), les pompiers ou le SAMU.

Bien que des formations soient dispensées, la peur de mal faire, le stress, sont autant de facteurs présents lors de ces situations.

16- L'environnement familial

L'environnement familial est spécifique pour les accueillants familiaux. La prise en charge 24H sur 24 et le maintien d'une relation quotidienne est source :

- **D'envahissement**

Selon Jean-Claude CÉBULA, psychologue clinicien - IFREP, Paris, pour une famille d'accueil, accueillir dans l'intimité de sa vie familiale n'est pas sans risques. Risques pour la vie familiale et les différentes personnes qui la composent, risques de ne pouvoir répondre aux besoins d'un patient. Risques inhérents à tous les modes de prise en charge. Ainsi, l'accueillant peut se trouver en position de devenir maltraitant, ou être exposé à la violence du patient. De par la spécificité du travail, les accueillants vivent ces risques dans l'intimité et la solitude de leur vie familiale, ce qui est lourd de conséquences sur les plans professionnel et familial (suspicion, retrait du patient) lorsque pareil événement se produit.

- **De délaissement**

Selon Jean-Claude CÉBULA, « *Au-delà de ces risques repérables, les accueillants sont confrontés à d'autres phénomènes. Les remaniements familiaux, attendus ou supportés, qui sont engendrés par l'arrivée d'un patient, ainsi que la reconfiguration des échanges et des places, réels ou imaginaires, de chacun, conduisent à des questionnements identitaires, et peuvent être la cause de sentiments de délaissement ou d'étrangeté lorsque l'attention familiale se focalise sur le patient et finit par être organisée par la nécessité de répondre à ses besoins ou à ses comportements envahissants* ».

« *Ainsi, dans la cohabitation familiale, la profusion des échanges, la variété des demandes à satisfaire, l'envahissement du patient physiquement présent se transforment en envahissement psychique où toute pensée est tournée vers le patient jusqu'à s'y perdre. L'image, les mots, les représentations du patient s'incrument de plus en plus dans la pensée de l'accueillant, jusqu'à l'envahir au point que ce dernier se trouve dépossédé de sa pensée, restant parfois sans réaction ni réponse* ».

« *Le risque de destructurations du mode de vie de l'accueillant lorsque celui-ci se recentre autour des besoins du patient est l'un des signes de l'envahissement de la pensée. L'accueillant ne*

Mastère Management de la Qualité, Sécurité, Environnement

fonctionne plus qu'au rythme des besoins du patient. Le risque de ne plus être chez soi est grand lorsque « le chez soi » vit autant au rythme de l'autre ».

Des moyens de prévention, en terme Humain, Technique et Organisationnel doivent être appropriés pour la réduction des risques:

- ✓ La vie privé, l'intimité du cercle familial, les valeurs et les croyances doivent être respectées ;
- ✓ La souplesse d'accueil et d'intégration peut, peut-être, permettre de faire face aux quelques difficultés rencontrées ;
- ✓ Les conseils donnés par l'équipe pluridisciplinaire aux accueillants familiaux pour répondre à la situation inquiétante engendrée par l'état d'un patient, peuvent les aider à inventer leurs propres solutions.

Les conditions de travail particulières expliquent que j'ai conçu une cotation particulière en Accueil Familial Thérapeutique. Cela m'a poussé à imaginer une proposition pour ce mode de prise en charge.

5- PROPOSITION D'UNE METHODE DE REDUCTION DES RISQUES PROFESSIONNELS APPLICABLE EN ACCUEIL FAMILIAL THERAPEUTIQUE

De par les conditions particulières en Accueil Familial Thérapeutique, une cotation spécifique devrait pouvoir être utilisée de façon plus pertinente, et ainsi mettre en place des mesures de préventions adaptées.

Il existe des cotations à 4 ou 5 niveaux. Une cotation à 5 niveaux permettrait d'étaler les résultats et d'avoir une meilleure vision.

Cependant, dans la grande majorité des cas, une cotation au niveau intermédiaire, niveau 3, est le plus souvent utilisée.

Je préfère une **cotation à 4 niveaux** car la cotation sera plus représentative.

Critère n°1 : le profil de la composition de la famille (PR)

Le nombre de personnes par foyer, l'âge de l'accueillant (et de son conjoint), la présence d'enfant (ou d'ascendant) dans la famille sont autant de facteurs de risques plus ou moins importants.

Selon l'article 8 de l'Arrêté du 01 octobre 1990, " Le directeur de l'établissement hospitalier gestionnaire du service recrute le membre de la famille d'accueil responsable de l'accueil..."

De ce fait, **une seule personne est agréée pour accueillir des patients**, ce qui signifie que les autres membres de la famille ne sont pas salariés de l'établissement.

Si un accident du conjoint ou des enfants survenait dans le lieu d'accueil, il ne serait pas pris en charge par l'établissement au titre d'un accident de travail.

Nous pouvons néanmoins prendre en compte ce critère pour diverses raisons, les enfants et/ou les ascendants pouvant:

- ✓ Demander de l'attention ;
- ✓ Entraîner la déconcentration, perte de vigilance ;
- ✓ Demander une prise en charge spécifique (toilette, repas, loisir...) ;
- ✓ Demander un soutien psychologique.

Critère n°1 : le profil de la composition de la famille (PR)	
Niveau	Signification
1	<u>Hospitalisation en INTRA</u>
2	<u>Peu risqué:</u> ✓ Deux personnes (couple), dont l'âge est compris entre 35 ans et 60 ans ✓ Sans enfants
3	<u>Risqué:</u> ✓ Deux personnes (couple), âge inférieur à 35 ans ✓ Une personne seule ou un couple, âge supérieur à 60 ans ✓ Présence d'enfant, âge supérieur à 18 ans
4	<u>Très risqué:</u> ✓ Deux personnes (couple), présence de jeunes enfants ou d'ascendants dépendants

L'évaluation réalisée permettra au corps médical de l'établissement de soins de choisir l'affectation des patients suivant leurs pathologies (celles-ci n'étant pas connues des accueillants), la composition familiale et la situation géographique du lieu d'accueil.

Le principe de l'évaluation sera différent si l'évaluation des risques porte sur l'hospitalisation en INTRA ou sur l'accueil familial thérapeutique.

Le niveau 1 est utilisé si les patients sont pris en charge en Hospitalisation en INTRA.

Le niveau 2: peu risqué correspond à une prise en charge en Accueil Familial Thérapeutique.

Ce critère est choisi en raison de la maturité des personnes pouvant accueillir des patients, couple sans enfant, donc les risques sont limités.

Le niveau 3: risqué fait apparaître le manque d'expérience et de maturité (âge inférieur à 35 ans), le poids de l'âge (âge supérieur à 60 ans) et la présence d'enfant de plus de 18 ans, lesquels ne demandent pas ou peu d'attention.

Le niveau 4: très risqué implique la présence de jeunes enfants, leurs besoins (demande d'attention plus importante de la part des adultes).

Critère n°2 : le degré d'autonomie des patients accueillis (A)

Cette cotation est utilisée pour mesurer le degré d'autonomie des patients placés en Accueil Familial Thérapeutique selon la grille des activités de la vie quotidienne, utilisée au niveau national, par les établissements psychiatriques (voir annexe 2). La notion de dépendance du patient peut être source de différents facteurs de risques pour l'accueillant (si un patient est plus ou moins dépendant, l'accueillant devra s'occuper de lui, faire sa toilette, l'aider à manger, l'accompagner, ...)

Critère n°2 : le degré d'autonomie des patients accueillis (A)		
Niveau	Signification	
1	Indépendance	Sans aide
2	Supervision ou arrangement	Présence d'un tiers
3	Assistance partielle	Contact d'un tiers
4	Assistance totale	

La dépendance physique et relationnelle du patient est évaluée pour chacune des six variables suivantes :

- L'habillement
- Le déplacement, la locomotion
- L'alimentation
- La continence
- Le comportement

Le but

Evaluer de manière objective les activités de la vie quotidienne.

Comment calculer le degré d'autonomie ?

En fonction de la majorité des différents niveaux. Chaque variable de dépendance est cotée selon les quatre niveaux suivants :

- 1. Indépendance :** Le patient est autonome.
- 2. Supervision :** La présence d'une tierce personne est nécessaire pour réaliser l'action, mais elle n'a aucun contact physique avec le patient.
- 3. Assistance partielle :** Une tierce personne et son contact physique avec le patient sont nécessaires pour réaliser partiellement au moins une action.
- 4. Assistance totale :** Une tierce personne et son contact physique avec le patient sont nécessaires pour réaliser la totalité d'au moins une action.

Critère n°3 : la distance du lieu d'accueil par rapport à l'établissement de santé (D)

Critère n°3 : la distance du lieu d'accueil par rapport à l'établissement de santé (D)	
Niveau	Signification
1	0 Km à < 5 Kms
2	5 Kms à 50 Kms
3	50 Kms à 100 Kms
4	> à 100 Kms

Comme cité précédemment, au **Centre Hospitalier Spécialisé** d'Ainay le Château (Allier) et de Dun sur Auron (Cher), au **Syndicat Inter hospitalier en Santé Mentale** (Loire-Atlantique)..., les logements des accueillants sont distants de 100 mètres à 30 kilomètres,

Dans certaines structures, l'accueil peut s'effectuer jusqu'à 100 Kms, comme pour le **Centre Hospitalier** Ste Anne (Paris), le **Centre Hospitalier** de Monfavet (Vaucluse), ou bien encore le **Centre Hospitalier Spécialisé** de la Savoie (Chambéry Bassens) réparti sur tout le département et les départements limitrophes.

Une évaluation en fonction du nombre de kilomètres séparant l'accueil de l'établissement de santé est un bon indicateur pour mesurer les délais d'intervention des équipes soignantes et la prévention du risque routier.

Critère n°4 : la configuration du lieu d'accueil

La configuration du lieu d'accueil peut engendrer des risques :

Critère n°4 : la configuration du lieu d'accueil	
Niveau	Signification
1	Le lieu d'accueil est <u>de plain pied et contigu</u> du domicile de l'accueillant
2	Le lieu d'accueil est <u>de plain pied et éloigné</u> du domicile de l'accueillant
3	Le lieu d'accueil est <u>en étage et contigu</u> du domicile de l'accueillant
4	Le lieu d'accueil est <u>en étage et séparé</u> du domicile de l'accueillant

- L'intervention au lieu d'accueil des patients (aide, toilette, repas,...) ;
- L'aménagement du logement...

La distance du lieu d'accueil de l'habitation de l'accueillant, la présence de logement de plain pied ou en étage sont autant de facteurs de risques de chutes de plain pied, chutes de hauteur (si par exemple il y a présence d'escalier).

L'évaluation de ce critère permettra donc au corps médical de l'établissement de soins de prendre en compte la configuration des lieux d'accueil pour l'affectation des patients.

Critère n°5 : la gravité en cas d'accident (G)

5-1 La gravité en cas d'accident dû à un risque chimique (G).

Ce critère est plus important en Accueil Familial Thérapeutique. En effet, beaucoup de produits de nettoyage sont présents dans les logements. Il a été choisi de l'inclure dans la cotation.

Bien que ce risque ne soit pas spécifique en Accueil Familial Thérapeutique, l'identification de la dangerosité des produits est un point important.

Les accidents liés aux produits chimiques sont souvent assez graves, et une évaluation de leur dangerosité est nécessaire pour permettre une meilleure prévention.

Critère n°5-1 : la gravité du risque chimique (G)		
Niveau	Pictogramme	Signification
1		<ul style="list-style-type: none"> • Produits non soumis à l'étiquetage, pas de Toxicité particulière.
2	 XI: IRRITANT	<ul style="list-style-type: none"> • Produit irritant : brûlure légère
3	 XN: NOCIF	<ul style="list-style-type: none"> • Produit nocif : brûlure grave, intoxication,...
4	  T+: TRES TOXIQUE T: TOXIQUE	<ul style="list-style-type: none"> • Produit Cancérogène, Mutagène et toxique pour la Reproduction (CMR) Phrase de risques: R40, R45, R46, R49, R60, R61, R62, R63, R64, R68 • Produit Très Toxique, Toxique : brûlure et intoxication grave, accident mortel, maladie avec séquelle • Produit Corrosif

L'élaboration de cette cotation s'est faite en priorisant la dangerosité des produits utilisés.

Cette gravité est très intéressante.

Arnaud MICHEL

Promotion MS QSE 2007 / 2009

Mastère Management de la Qualité, Sécurité, Environnement

Au fur et à mesure de l'avancement du projet, nous nous intéresserons aux produits nocifs, qui passeront en priorité 4, et ainsi de suite.

En effet, la cotation pourra varier en fonction de l'état d'avancement de l'évaluation du risque chimique, pour n'utiliser à la fin que des produits sans toxicité particulière (sans pictogramme de danger).

La substitution des produits CMR, très toxique et toxique et des produits corrosifs est la première étape de l'évaluation des risques.

5-2 La gravité en cas d'accident dû aux autres risques (G)

Un critère toujours utilisé est la gravité des blessures.

Les risques spécifiques en AFT sont assez importants et peuvent avoir de lourdes conséquences sur la sécurité et la santé des accueillants familiaux :

Critère n°5-2 : la gravité du risque en cas d'accident dû aux autres risques (G)	
Niveau	Signification
1	Bénin: blessures superficielles (coupure, contusion) n'entraînant <u>pas d'arrêt de travail</u>
2	Sérieux: accident corporel localisé (plaie, entorse, lumbago,...) entraînant <u>un arrêt temporaire de travail</u>
3	Grave: accident corporel important (fracture, brûlure,...) entraînant <u>un arrêt prolongé de travail</u>
4	Très grave: accident mortel, amputation, maladie <u>avec séquelle</u>

✓ Le risque familial peut être source de mal être, pouvant entraîner déprime, dépression ; il peut même tendre vers l'arrêt de travail plus ou moins prolongé ;

✓ Le risque alimentaire est très important, cela peut aller de la simple indigestion à une infection alimentaire grave, pouvant même entraîner la mort ;

✓ Le risque de travail isolé est, je pense, le risque prépondérant. Le fait d'avoir le sentiment d'insécurité en permanence peut être lourd de conséquence ;

- ✓ Le risque de contamination du linge est là aussi à ne pas négliger ;
- ✓ Enfin, le risque d'explosion peut être à l'origine de lourdes conséquences sur les accueillants (amputation, accident mortel,...).

Mastère Management de la Qualité, Sécurité, Environnement

Critère n°6 : la fréquence / la durée d'exposition au risque (F)

En Accueil Familial Thérapeutique, les risques identifiés sont quotidiens et fonction des tâches réalisées.

La fréquence est le reflet d'apparition du danger. Elle peut être quotidienne, hebdomadaire, mensuelle, annuelle.

Critère n°6 : la fréquence / la durée d'exposition au risque (F)				
Fréquence : F	Occasionnelle	Intermittente	Fréquente	Permanente
Jour	< à 30 mn	30 à 120 minutes	2 à 7 heures	> à 7 heures
Semaine	< à 2 heures	2 à 8 heures	1 à 3 jours	> à 3 jours
Mois	< à 1 jour	1 à 7 jours	7 à 15 jours	> à 15 jours
Année	< à 7 jours	15 jours à 2 mois	2 à 5 mois	> à 5 mois
Niveau	1	2	3	4

Critère n°7 : la maîtrise du risque (M)

En effet, de gros efforts sont fait pour réduire les risques professionnels, ceci afin de :

- Protéger la santé des travailleurs ;
- Réduire le taux de cotisation accident du travail.

Les conditions particulières d'exercice du métier d'accueillant familial sont prises en compte dans l'évaluation de la maîtrise.

Un critère supplémentaire est important pour la réduction des risques, il s'agit du critère Maîtrise (M).

Les familles d'accueil étant rattachées à un établissement de soins, il appartiendra à celui-ci de prendre en compte les différentes mesures de prévention à mettre en œuvre. La maîtrise se mesurera principalement par :

- Des actions de sensibilisation aux risques ;
- La mise à disposition de procédures, consignes, conduites à tenir ;
- Des formations.

Il s'agit d'une cotation en décimale. Le risque diminuera en fonction du type de mesures de prévention mises en œuvre :

- ✚ De par les 9 principes de prévention énumérés dans la circulaire de 1989, il faut prioriser les mesures de prévention collective sur les mesures de prévention individuelle ;
- ✚ Le respect des instructions, des consignes, des procédures complétées par des sensibilisations, des formations auront plus d'impact sur le personnel, d'autant plus en ce qui concerne les accueillants familiaux, car aucun diplôme n'est requis pour exercer ce métier.

De ce fait, cette cotation en décimale permettra d'axer les mesures de préventions et de les prioriser. Compte tenu des trois principaux risques en Accueil Familial Thérapeutique (familial, travail isolé et conditions de travail particulières), il a été choisi de regrouper les différentes mesures de préventions de ces risques, afin de les intégrer dans une seule et même évaluation de la maîtrise, et de faciliter l'emploi de cette cotation.

✓ **La maîtrise de l'environnement familial (M)**

Le milieu familial est un facteur inhérent à l'AFT. Le travail des équipes soignantes est primordiale avant de placer un patient chez un accueillant. Le profil de la famille est un élément influent sur la prise en charge du patient. Même si l'accueillant familial ne connaît pas la pathologie du patient, des réunions régulières et/ou des groupes de paroles sont des moyens de proposer des solutions au bon déroulement de l'accueil.

Mastère Management de la Qualité, Sécurité, Environnement

✓ **La maîtrise du travail isolé (M)**

Selon les recommandations ED 985 de l'Institut National de Recherche et Sécurité (INRS) de décembre 2006, l'isolement intervient à deux niveaux:

- Avant l'accident, en créant des situations favorables à l'émergence de facteurs de risques propres à la situation de travail ;
- Après l'accident, en aggravant ses conséquences.

Ce qui met en évidence la nécessité d'intervenir au travers de trois principaux types d'actions de prévention:

- ✓ Des actions centrées sur l'organisation du travail et en particulier sur l'information, la communication et la formation ;
- ✓ Des actions portant sur l'environnement direct et le poste de travail du salarié isolé ;
- ✓ Des actions relatives au déclenchement et la gestion des secours.

Les moyens de communication sont la base de la prévention en cas de travail isolé. Une grille de cotation de la maîtrise a donc été abordée en ce sens, en tenant compte des particularités de l'Accueil Familial Thérapeutique, et des différentes structures pratiquant cette prise en charge.

✓ **La maîtrise des conditions de travail particulières (M)**

Les conditions de travail particulières en Accueil Familial Thérapeutique sont de plusieurs ordres :

- Durée de travail 24 heures sur 24 ;
- 335 jours sur 365.

Une maîtrise de ces paramètres tendra vers un assouplissement des conditions d'exercice des accueillants familiaux, permettant ainsi :

- Une diminution du stress ;
- Une diminution de la fatigue morale, nerveuse ;
- Une meilleure relation familiale.

Critère n°7 : La maîtrise du risque (M)		
	Niveau	Signification
Moyen de prévention ou protection: M	0,2	Une formation, sensibilisation aux risques ; Des moyens de communication en état de marche (téléphone avec répondeur,...) ; Des moyens de transport + un permis de conduire obligatoire (B).
	0,5	Des réunions régulières (groupes de paroles) avec l'équipe soignante et plusieurs accueillants familiaux.
	0,7	Des consignes particulières existantes (appel du 15, 17, 18) en attente de l'intervention de l'équipe soignante ; Des conduites à tenir en cas d'agression, évitement du risque d'agression, en cas d'accident,.....
	1	L'absence de mesures de prévention.

Le principe d'évaluation

Le risque sera calculé en fonction de ces critères, et variera en fonction des mesures de prévention mises en œuvre.

Critère n°1 : le profil de la composition de la famille (PR).

Critère n°2 : le degré d'autonomie des patients accueillis (A).

Critère n°3 : la distance du lieu d'accueil par rapport à l'établissement de santé (D).

Critère n°4 : la configuration du lieu d'accueil des patients (C).

Critère n°5 : la gravité en cas d'accident, gravité du risque chimique (G).

Critère n°6 : la fréquence d'apparition du risque (F).

Critère n°7 : la maîtrise de l'environnement familial, du travail isolé, des conditions de travail particulières (M).

Le principe de l'évaluation proposé				
	Risque initial = R1	Maîtrise = M	Risque résiduel = R2	Interprétation
Hospitalisation en INTRA	$PR \times A \times D$ $X C \times G \times X$ $F = R1$	M	$R1 \times M = R2$	Si R2 tend vers 1 = Idéal, le risque n'est pas perceptible
Accueil Familial Thérapeutique				Si R2 tend vers 16384 = Danger maximum, interdire le travail

Le classement		
Classement	Note	Actions à mener
5	< à 100	Le risque est <u>faible</u> et <u>ne nécessite pas</u> d'action de prévention spécifique.
4	De 100 à 1500	Le risque est <u>modéré</u> mais doit être <u>pris en considération</u> dans les actions de prévention.
3	De 1500 à 6000	Le risque est <u>important</u> . Une solution doit être trouvée <u>dans un délai aussi court que possible</u> .
2	De 6000 à 10000	Le risque est <u>très important</u> . Des mesures de prévention doivent être <u>mises en place immédiatement</u> .
1	>10000	<u>URGENT</u> , le travail <u>ne doit pas</u> continuer.

6- VERIFICATION DE L'EFFICACITE DE CETTE METHODE D'EVALUATION DES RISQUES PROFESSIONNELS

Un établissement de soins pratique l'Accueil Familial Thérapeutique depuis 1899. Il emploie 220 accueillants familiaux, 440 patients bénéficient de cette forme d'accueil. Les lieux d'accueil sont distants de la structure de soins de 100 mètres à 30 Kilomètres.

Un patient est placé chez un accueillant familial, dont le lieu d'accueil est situé à 30 Kilomètres de l'établissement de santé, dans un village. Ce patient présente un bégaiement important, se déplace sans difficulté, et fait sa toilette tout seul. La famille est composée d'un couple de 31 et 35 ans, ayant 2 enfants de 1 et 4 ans.

Le logement du patient, de plain pied, se situe à 15 mètres du logement de l'accueillant, dans une maison rénovée. L'accueillant possède un téléphone avec répondeur, il accompagne le patient en consultations à l'établissement, chez les spécialistes (dentistes, coiffeurs,...) et fait les courses avec lui. En ce qui concerne l'entretien du logement, l'accueillant nettoie quotidiennement le logement des patients avec un détergent / désinfectant pour les sanitaires (eau de javel = très toxique), un détergent pour les sols (savon noir = produit non soumis à l'étiquetage), et nettoie les vitres du logement (lave vitre = irritant).

L'accueillant suit des formations régulières sur la prévention des risques (en conformité avec les exigences formulées par la HAS,...).

Pour cet exemple, nous prendrons en compte le risque chimique et le risque de chute.

Critère 1 : le profil de la composition de la famille (PR)

La famille est composée de deux adultes, de 31 et 35 ans. La cotation appropriée devrait être le niveau 2. Mais ce couple a 2 enfants en bas âge.

Ce critère sera donc coté 4 (très risqué), car les enfants demandent plus d'attention.

Critère 2 : le degré d'autonomie des patients accueillis (A)

Le patient présente un bégaiement important, se déplace sans difficulté, et fait sa toilette tout seul.

Mastère Management de la Qualité, Sécurité, Environnement

- **L'habillement**

Le patient n'a pas de problème particulier en ce qui concerne l'habillement. Il est autonome. On pourra donc noter 1 = indépendant.

- **Le déplacement, la locomotion**

Pas de difficulté apparente pour le déplacement. Le patient va régulièrement faire ses courses, se promener.

La cotation sera donc 1 = indépendant.

- **L'alimentation**

Sur ce point, le patient a besoin d'une aide pour utiliser les couverts (couper les aliments).

On pourra coter ce critère 2 = supervision.

- **La continence**

Le patient est totalement autonome. Celui-ci n'est jamais incontinent. Ce critère pourra être coté 1.

- **Le comportement**

Le patient est sous traitement spécifique, prescrit par le médecin psychiatre pour trouble de l'humeur. Il se conduit de façon agressive lors de situations inhabituelles ou stressantes (visite de tiers, repas avec des amis,...). Lors de ces situations, il a besoin que l'accueillant familial le rassure.

Ce critère pourra donc être coté 2.

- **La relation et la communication**

Le patient présente un bégaiement important.

Il s'exprime plus lentement qu'une personne non atteinte de bégaiement, afin de pouvoir se faire comprendre. Ce critère pourra être coté 1.

Le calcul du degré d'autonomie s'effectuera ainsi :

Critères						TOTAL
Habillement	Déplacement, locomotion	Alimentation	Continence	Comportement	Relation, communication	
1	1	2	1	2	1	8

$1 + 1 + 2 + 1 + 2 + 1 = 8$, soit $8 / 24 = 33,33\%$

Niveau	Total
1	0 à 25%
2	25 à 50%
3	50 à 75%
4	75 à 100%

Critère n°2 : le degré d'autonomie des patients accueillis (A)		
Niveau	Signification	
1	Indépendance	Sans aide
2	Supervision ou arrangement	Présence d'un tiers
3	Assistance partielle	Contact d'un tiers
4	Assistance totale	

Critère 3 : la distance du lieu d'accueil par rapport à l'établissement de santé (D)

Le lieu d'accueil est situé à 30 Kms de l'établissement de santé . Le délai d'intervention de l'équipe soignante sera inférieur ou égal à 1H00.

Ce critère pourra donc être coté 2

Critère 4 : la configuration du lieu d'accueil (C)

Le lieu d'accueil se situe de plain pied, à 15 mètres du logement de l'accueillant, dans une maison rénovée, spécialement construite pour accueillir un patient. Ce critère sera coté 2

Critère n°5 : la gravité en cas d'accident

5-1 La gravité en cas d'accident dû à un risque chimique (G)

La gravité en cas d'accident s'applique à l'ensemble des risques spécifiques et devra être déterminée en fonction de chacun. En ce qui concerne le risque chimique lors de l'entretien du logement des patients, l'accueillant emploie quotidiennement un détergent / désinfectant pour le nettoyage des sanitaires (eau de javel = très toxique), un détergent pour les sols (savon noir = produit non soumis à l'étiquetage), et nettoie les vitres du logement (lave vitre = irritant).

De ce fait la cotation sera égale à 4, car l'accueillant familial utilise de l'eau de javel, produit très toxique.

5-2 La gravité en cas d'accident dû aux autres risques (G)

✚ En ce qui concerne le risque de chute, le logement du patient est de plain pied, ce qui limite les

risques de chutes de hauteur. Toutefois, le logement du patient étant distant d'environ 15 mètres du logement de la famille, le risque de chute de plain pied peut se produire, notamment lors de conditions climatiques particulières, du transport de repas, des médicaments, d'aide des patients,....

Et peut entraîner des entorses, des plaies diverses.

De ce fait la cotation sera de 2 si l'accueillant chute.

Mastère Management de la Qualité, Sécurité, Environnement

Critère n°6 : la fréquence / la durée d'exposition au risque (F)

Le travail de l'accueillant familial s'effectue quotidiennement (dispensation des médicaments, observation du patient, partage des activités, suivi des formations, accompagnement aux différentes consultations, respect des consignes données par les équipes, préparation des repas, ménage, aide à la toilette, gestion du quotidien - conseil et aide,...). Le risque de chute est donc très présent.

Pour ce cas, il sera coté 2, car les risques cités précédemment sont fréquents (30 à 120 minutes par jour).

Critère n°7 : la maîtrise du risque (M)

Le domicile de l'accueillant familial est situé à 30 kms de l'établissement de santé.

L'affectation des patients en accueil familial thérapeutique a été effectué selon différents critères :

✓ En fonction de l'adéquation entre la pathologie du patient et la famille (capacité à accueillir et les conditions de vie) ;

✓ En fonction de l'adéquation entre la pathologie du patient et la composition de la famille.

L'accueillant familial a été sensibilisée aux risques par différentes formations dispensées par l'établissement de soins, notamment pour la préparation à la certification par la Haute Autorité de Santé. Etant éloigné de l'établissement, l'accueillant accompagne le patient pour diverses raisons (soins, loisirs,...). Des consignes à suivre en cas d'urgences vitales sont en place.

Ce critère pourra donc être coté 0,2.

La maîtrise des risques spécifiques est adaptée. Par cette cotation, nous pouvons déterminer le niveau d'évaluation des risques professionnels.

Le principe d'évaluation

Chaque risque sera calculé en fonction de ces critères, et variera en fonction des mesures de prévention mises en œuvre.

Critère 1 : le profil de la composition de la famille (PR) = **coté 4**

Critère 2 : le degré d'autonomie des patients accueillis (A) = **coté 2**

Critère 3 : la distance du lieu d'accueil par rapport à l'établissement de santé (D) = **coté 2**

Critère 4 : la configuration du lieu d'accueil des patients (C) = **coté 2**

Critère n°5 : la gravité en cas d'accident :

5-1 la gravité de l'accident dû au risque chimique (G) = **coté 4**

Mastère Management de la Qualité, Sécurité, Environnement

5-2 la gravité de l'accident dû aux autres risques (G) = **coté 1**

Critère n°6 : la fréquence d'apparition du risque (F) = **coté 3**

Critère n°7 : la maîtrise de l'environnement familial, du travail isolé, des conditions de travail particulières (M) = **coté 0,2**

Le principe d'évaluation				
Accueil Familial Thérapeutique	Risque initial = R1	Maîtrise = M	Risque résiduel = R2	Signification
Le risque chimique	4 X 2 X 2 X 2 X 4 X 3 = 384	0,2	384 X 0,2 = R2	R2 = 76,8
Le risque de chute	4 X 2 X 2 X 2 X 1 X 3 = 384	0,2	96 X 0,2 = R2	R2 = 19,2

Le classement		
Classement	Note	Actions à mener
5	< à 100	Le risque est <u>faible</u> et <u>ne nécessite pas</u> d'action de prévention spécifique.
4	De 100 à 1500	Le risque est <u>modéré</u> mais doit être <u>pris en considération</u> dans les actions de prévention.
3	De 1500 à 6000	Le risque est <u>important</u> . Une solution doit être trouvée <u>dans un délai aussi court que possible</u> .
2	De 6000 à 10000	Le risque est <u>très important</u> . Des mesures de prévention doivent être <u>mises en place immédiatement</u> .
1	>10000	<u>URGENT</u> , le travail <u>ne doit pas</u> continuer.

On peut donc classer le risque en priorité 5. Nous pouvons constater qu'avec un risque résiduel de 76,8 ou 19,2, la note est inférieure à 100. Le risque est donc faible et ne nécessite pas d'action de prévention spécifique. Pour cet exemple, nous avons travaillé sur le risque chimique et sur le risque de chute. On trouvera en annexe 3, le tableau de synthèse de l'ensemble des risques cotés en Accueil Familial Thérapeutique. Nous pouvons dire que les critères énoncés ci-dessus sont complètement adaptés à l'Accueil Familial Thérapeutique. Nous allons comparer cette cotation en AFT, à la prise en charge en hospitalisation en INTRA, afin de savoir si cette cotation révèle cette particularité.

7- VERIFICATION DE LA COHERENCE DE LA METHODE D'EVALUATION DES RISQUES PROFESSIONNELS

Nous reprenons le même exemple que précédemment, avec les mêmes conditions, mais sur les risques accrus en AFT pour vérifier s'il existe une différence entre les deux milieux, pouvant ainsi faire varier la cotation. Cet exemple s'appuiera sur les risques d'agression et routier.

Caractéristique des hospitalisations en INTRA

Un établissement de santé comprend un service de soins psychiatriques avec des patients dépendants, présentant différentes pathologies.

Pour cet exemple, nous prendrons un patient dont le cas se rapproche de l'exemple en AFT ci-dessus.

Ce patient est assez autonome. Il s'habille et se déshabille seul, il se déplace seul, il n'est pas incontinent, il s'est lié d'amitié avec d'autres patients et a de très bonnes relations avec le personnel soignant.

Le personnel soignant le stimule pour manger uniquement (supervision).

Le nettoyage fréquent des sols est effectué par des Agents des Services Hospitaliers, des consignes de nettoyage sont en place et indiquent aux professionnels la présence de sols humides. L'emploi de détergent

/ désinfectant est irritant pour le personnel.

Critère n°1 : le profil de la composition de la famille (PR)

Il s'agit ici d'une prise en charge en hospitalisation en INTRA. Le niveau approprié sera donc coté 1. Pour l'Accueil Familial Thérapeutique, la cotation précédente était de 4.

Critère n°2 : le degré d'autonomie des patients accueillis (A)

Selon les critères énoncés dans les caractéristiques précédentes, nous pouvons le classer de la façon suivante :

Critères						
Habillage	Déplacement, locomotion	Alimentation	Contenance	Comportement	Relation et communication	TOTAL
1	1	2	1	1	1	7

Nous pouvons classer le degré de dépendance au niveau 2

Mastère Management de la Qualité, Sécurité, Environnement

Rappelons que pour l'AFT, nous avons coté 2 pour le degré d'autonomie, pour un patient autonome, avec un bégaiement.

Critère 3 : la distance du lieu d'accueil (service) par rapport à l'établissement de santé (D)

Il s'agit d'un établissement de santé. Il n'y a aucune distance à respecter. **On pourra donc coter ce critère au niveau 1.**

Critère 4 : la configuration du lieu d'accueil (service) (C)

Ce service de soins est situé au rez de chaussée du bâtiment (de plain pied)

Ce critère sera coté 1

Critère n°5 : la gravité en cas d'accident

Afin de vérifier la pertinence de la cotation, nous allons comparer les risques accrus en AFT, par rapport à l'hospitalisation en INTRA. Nous prendrons pour exemple, le risque routier et le risque d'agression.

5-2 La gravité en cas d'accident dû aux autres risques (G)

En hospitalisation en INTRA

✚ Pour le risque routier, les conséquences possibles d'un accident de la route peuvent être dramatiques (accident mortel, amputation, séquelle,...). **Ce critère peut être coté 4.**

✚ Pour le risque d'agression, le risque peut être grave, entraînant des fractures, des blessures diverses, pouvant entraîner un arrêt de travail prolongé.

De ce fait, ce critère peut être coté 3. La présence de personnel soignant diplômé, de par leur formation initiale, peut permettre de mieux prévenir ce type de risque.

En hospitalisation en Accueil Familial Thérapeutique

✚ Pour le risque routier, les conséquences possibles d'un accident de la route peuvent être dramatiques (accident mortel, amputation, séquelle,...). **Ce critère peut être coté 4.**

✚ Pour le risque d'agression, le risque peut être grave, entraînant des fractures, des blessures diverses, pouvant entraîner un arrêt de travail prolongé.

De ce fait, ce critère peut être coté 3

Critère n°6 : la fréquence / la durée d'exposition au risque (F)

En hospitalisation en INTRA

✚ Pour le risque routier, le personnel n'effectue aucun transport de patients. Le niveau de cotation sera très faible, puisqu'aucun déplacement n'a lieu. De ce fait, **on pourra coter au niveau 1.**

✚ Pour le risque d'agression, celui-ci est omniprésent. L'accueil de patients psychiatriques présente toujours des risques d'agression, et ce quotidiennement. Le personnel peut être confronté à des relations difficiles avec les patients (excès de violence des patients, confrontation entre plusieurs patients,...). **Ce critère pourra être coté 4**

En hospitalisation en Accueil Familial Thérapeutique

✚ En ce qui concerne le risque routier, les accueillants utilisent fréquemment leur véhicule (formation, accompagner le patient en consultation, faire les courses, aller chez des spécialistes).

Le risque lié à l'utilisation du véhicule est très présent. **On pourra donc coter au niveau 2.**

✚ Pour le risque d'agression, les accueillants peuvent être également confrontés quotidiennement à des relations difficiles (violence verbale, physique, cri, ...). **Ce critère pourra être noté 4.**

Critère n°7 : la maîtrise du risque (M)

Dans le but de comparer la cotation en AFT et en hospitalisation en INTRA, les mesures de prévention vont nous permettre de mesurer l'importance des actions à mettre en place.

En Hospitalisation en INTRA comme en Accueil Familial Thérapeutique

Si nous faisons référence à la grille de maîtrise en AFT, nous pouvons dire que pour le risque routier, la présence de formation aux types de risques permet aux accueillants d'être sensibilisés. La maîtrise pour le risque routier peut être cotée 0,2.

En ce qui concerne le risque d'agression, la mise à disposition de conduites à tenir en cas d'agression permet à l'accueillant familial d'être réactif. Ce critère peut être coté 0,7.

Toutefois, en hospitalisation en INTRA, la prise en charge des patients s'effectuent par un personnel déjà formé / sensibilisé au risque d'agression, de par leur formation initiale. Ce critère peut être coté 0,2.

Mastère Management de la Qualité, Sécurité, Environnement

Le principe d'évaluation		
	Accueil Familial Thérapeutique	Hospitalisation en INTRA
Critère 1 : le profil de la composition de la famille (PR)	4	1
Critère 2 : le degré d'autonomie des patients accueillis (A)	2	2
Critère 3 : la distance du lieu d'accueil de l'établissement de santé (D)	2	1
Critère 4 : la configuration du lieu d'accueil des patients (C)	2	1
Critère n°5 : la gravité en cas d'accident (G) :		
Le risque routier	4	4
Le risque d'agression	3	3
Critère n°6 : la fréquence / la durée d'exposition au risque (F)		
Le risque routier	2 4	1 4
Le risque d'agression		
Critère n°7 : la maîtrise du risque (M)		
Le risque routier	0,2	0,2
Le risque d'agression	0,7	0,2

Le principe d'évaluation Avec gravité en cas de risque routier et d'agression				
	Risque	Risque initial = R1	Maîtrise = M	Risque résiduel = R2
Accueil Familial Thérapeutique	Routier	256	0,2	51,2
	Agression	384	0,7	268,8
Hospitalisation en INTRA	Routier	8	0,2	1,6
	Agression	24	0,2	4,8

Nous avons comparé la cotation entre l'hospitalisation en INTRA et l'Accueil Familial Thérapeutique.

Nous avons utilisé les risques accrus en AFT (agression et routier), afin de vérifier la pertinence de la cotation.

Nous constatons, que les résultats en Accueil Familial Thérapeutique sont supérieurs par rapport à l'INTRA.

Nous pouvons ajouter que le risque d'agression est plus important que le risque routier, car l'exposition est plus fréquente.

De plus, nous remarquons, par les différents critères utilisés, que le critère 1 « profil de la composition de la famille » est largement supérieur en AFT, du fait de la présence des enfants. Nous pouvons supposer que la sélection des familles n'est pas assez ferme, et que l'utilisation d'une telle cotation met en évidence d'être plus exigeant lors de la sélection des accueillants familiaux, tout en respectant le principe de non discrimination applicable à tous les employeurs, y compris aux personnels employés par une personne public dans les conditions de droit privé.

L'établissement de santé s'inscrit dans une démarche soignante, et se montre vigilant lors de l'affectation des patients par rapport à la composition familiale.

Nous pouvons donc dire que les critères sont adaptés et spécifiques à cette prise en charge.

Nous allons comparer cette cotation spécifique en AFT, à une autre prise en charge (les appartements thérapeutiques), afin de vérifier si la cotation utilisée peut s'adapter.

8- ELARGISSEMENT DE LA COTATION A UN AUTRE SECTEUR : LES APPARTEMENTS THERAPEUTIQUES

L'enjeu important de cette démarche d'amélioration de réduction des risques professionnels des accueillants familiaux thérapeutiques est évident. Cependant, un autre mode de prise en charge psychiatrique existe :

« L'appartement thérapeutique »

Il s'agit d'une unité de soins, à visée de réadaptation et de réinsertion sociale, mise à la disposition de quelques patients pour des durées limitées et nécessitant une présence importante sinon continue de personnels soignants.

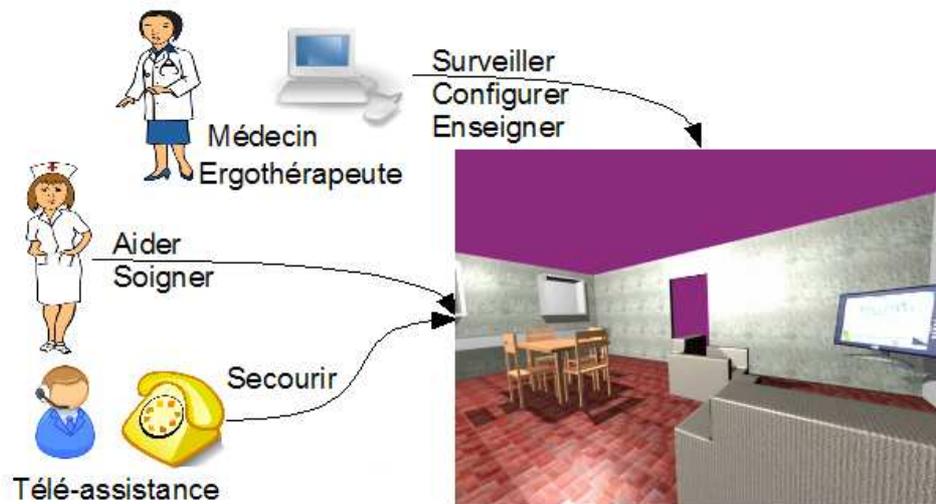
Les actions de soins sont centrées sur l'apprentissage de l'autonomie, le développement des capacités pour vivre seul et accomplir des actes de la vie quotidienne, gérer un budget, accéder à l'emploi.

L'accompagnement médico-social est fait par les équipes de secteur (infirmiers, assistants sociaux, psychologues).

Les personnes vivent en communauté à deux, trois ou quatre (ou peut-être plus, en fonction de la taille de l'appartement).

Les appartements thérapeutiques sont situés en milieu rural ou urbain. La vie des patients doit tendre à se rapprocher d'une vie normale par:

- ✓ L'organisation et la gestion du quotidien à l'intérieur de l'appartement (actes de la vie courante) ;
- ✓ L'ouverture sur la ville ou le village ;
- ✓ Les soins à l'extérieur ;
- ✓ La participation à la vie locale, à des activités organisées pour toutes les populations...



Afin de vérifier si la cotation utilisée en Accueil Familial Thérapeutique peut s'adapter à la prise en charge en appartements thérapeutiques, nous allons effectuer une évaluation.

Nous prendrons, pour cet exemple, le risque d'agression. Cela nous donnera des indications sur la cotation à utiliser :

Peut on utiliser la cotation en AFT ou bien celle en hospitalisation en INTRA ?

Caractéristique de l'appartement thérapeutique

Prenons l'exemple de l'association MAAVAR à Montreuil (93) qui dispose de 15 appartements thérapeutiques. Six personnes travaillent dans le service:

- Un chef de service médecin psychiatre ;
- Deux travailleurs sociaux ;
- Deux psychologues ;
- Un médecin.

Le service accueille au sein de son dispositif des hommes et femmes de plus de 18 ans, seuls et atteints d'une pathologie grave, associée à une précarité sociale.

Les patients sont placés pour une durée de 6 mois renouvelable une fois, en fonction de l'évolution de leurs projets de soins.

Mastère Management de la Qualité, Sécurité, Environnement

Un patient autonome est logé en colocation dans un appartement de 3 pièces au 2^{ème} étage à Montreuil-sous-bois, rue Lenain de Tillemont, à 2 Km du siège de l'association. Il se situe à proximité d'une station de bus desservant les stations de métro ou gare RER les plus proches.

L'appartement est clair et spacieux, et équipé du confort nécessaire à un bien être quotidien :

- Eau chaude, chauffage ;
- Sanitaires indépendants ;
- Salle de bains ;
- Cuisine équipée (cuisinière, réfrigérateur, four micro-ondes, lave-linge) ;
- Meubles ;
- Télévision, téléphone, vaisselle.

Les bénéficiaires partagent les parties communes du logement (salon, cuisine, salle de bains, sanitaires) et disposent chacun d'une chambre individuelle qu'ils peuvent fermer à clé, préservant ainsi leur intimité.

Un double des clés des appartements et des chambres reste dans les locaux de l'association. Une femme de ménage s'en sert pour intervenir sur les logements toutes les semaines. Cependant, la chambre reste un lieu intime et l'accès à cette pièce n'est effectué que dans un but précis (réparer un meuble, vérifier si une personne non hébergée squatte l'appartement, ...) ou dans le cas d'une urgence médicale.

La femme de ménage vérifie que le rangement et le ménage n'y soient pas oubliés, en essayant plutôt de laisser aux bénéficiaires cette responsabilité. La femme de ménage est formée à l'utilisation des différents produits de nettoyage.

Les résidents doivent maintenir le logement propre et faire le ménage régulièrement, se préparer les repas

Un homme d'entretien fait également partie de l'équipe, il intervient sur les logements pour surveiller le bon fonctionnement des équipements, effectuer des travaux de remise en état sur certains mobiliers défectueux, changer des serrures, si nécessaire, s'occuper d'une fuite ou d'un problème électrique.

Si un problème d'ordre médical survenait, les résidents ont le nom et les coordonnées d'un médecin de ville à proximité de leur lieu d'hébergement. Le médecin coordonnateur de l'équipe s'est préalablement mis en contact avec le médecin de ville, afin de lui expliquer le contexte des

Mastère Management de la Qualité, Sécurité, Environnement

appartements thérapeutiques, si celui-ci est amené à intervenir auprès des hébergés. Un numéro d'astreinte a été mis à disposition des hébergés, l'équipe reste joignable 24h/24h.

Critère n°1 : le profil de la composition de la famille (PR)

Ce critère n'est pas adapté aux appartements thérapeutiques. Nous pouvons néanmoins substituer la famille par les différents intervenants.

Toutefois, ce critère ne reflète pas l'intervention des professionnels (de même que la présence des enfants ou de personnes âgées).

De ce fait, on pourrait coter au niveau 2 :

Il serait intéressant de déterminer un critère faisant apparaître le nombre d'intervenants, leurs sexes, leurs âges.

Voici une proposition de cotation :

Critère n°1 : le profil de la composition des intervenants (PR)	
Niveau	Signification
1	<u>Pas risqué :</u> ✓ Deux intervenants (de fonctions différentes), âge compris entre 35 ans et 60 ans ✓ Deux hommes ou un homme et une femme
2	<u>Peu risqué:</u> ✓ Deux intervenants (de mêmes fonctions), âge compris entre 35 ans et 60 ans ✓ Deux femmes
3	<u>Risqué:</u> ✓ Un seul intervenant, âge inférieur à 35 ans ou supérieur à 60 ans ✓ Deux femmes, âge inférieur à 35 ans ou supérieur à 60 ans
4	<u>Très risqué:</u> ✓ Une personne seule (personne faisant le ménage et/ou l'entretien)

Critère n°2 : le degré d'autonomie des patients accueillis (A)

Ce critère peut tout à fait s'adapter à la prise en charge en appartements thérapeutiques, selon le guide méthodologique de production du recueil d'information médicalisée en psychiatrie.

Mastère Management de la Qualité, Sécurité, Environnement

Le patient placé en appartement thérapeutique est totalement autonome. Il s'habille et se déshabille seul, fait sa toilette seul, se déplace aisément, n'a pas de problème particulier de continence, et est de bonne compagnie.

Si on reprend les caractéristiques citées précédemment pour ce patient en appartement thérapeutique, les critères seront :

Critères						
Habillage	Déplacement, locomotion	Alimentation	Continence	Comportement	Relation et communication	TOTAL
1	1	1	1	1	1	6

Le calcul du degré pourra être coté 2.

Critère 3 : le distance du lieu d'accueil (de l'appartement thérapeutique) par rapport à l'établissement de santé (D)

Le logement se situe à 2 Kms du siège de l'association, le délai d'intervention de l'équipe sera assez court. On pourra donc coter ce critère au niveau 1.

Critère 4 : la configuration du lieu d'accueil (C)

Le logement se situe à 2 Km de l'association et au 2^{ème} étage du bâtiment. Ce critère sera coté 4.

Critère n°5 : la gravité en cas d'accident

5-1 la gravité en cas d'accident dû à un risque chimique (G)

✚ La gravité en cas d'accident s'applique à l'ensemble des risques spécifiques et devra être déterminée en fonction de chacun. En ce qui concerne le risque chimique lors de l'entretien du logement des résidents, la femme de ménage emploie une fois par semaine un détergent / désinfectant pour le nettoyage des sanitaires (eau de javel = très toxique), un détergent pour les sols (savon noir = produit non soumis à l'étiquetage), et nettoie les vitres du logement (lave vitre = irritant). De ce fait la cotation sera égale à 4, car la femme de ménage utilise de l'eau de javel, produit très toxique.

5-2 la gravité en cas d'accident dû à un risque d'agression (G)

✚ En ce qui concerne le risque d'agression, les différents intervenants sont des professionnels de la santé. La connaissance des risques permet également de pallier une situation délicate. Toutefois, la présence d'une personne faisant le ménage et d'une autre faisant l'entretien peut augmenter le risque.

Mastère Management de la Qualité, Sécurité, Environnement

Le niveau de cotation sera donc variable en fonction des différents professionnels intervenants. On pourra coter néanmoins au niveau 4.

Critère n°6 : la fréquence / la durée d'exposition au risque (F)

L'intervention des professionnels s'effectue à différents intervalles (consultation, faire le point sur le fonctionnement de l'appartement, suivi psychologique,...), représentant environ quelques heures par semaine. La personne effectuant le ménage passe une fois par semaine. On pourra coter ce critère 2.

Critère n°7 : la maîtrise du risque (M)

La maîtrise du risque est à peu près similaire à celle que l'on trouve en AFT. On peut tout à fait l'adapter pour cette prise en charge. Pour cet exemple, nous pouvons indiquer que la personne faisant le ménage, est formée et sensibilisée au risque. Nous pourrions coter ce critère au risque chimique à 0,2.

En outre, nous pouvons indiquer que la prise en charge est effectuée par des professionnels de santé, à part la présence d'une personne faisant le ménage et d'une autre faisant l'entretien. De ce fait, nous ne pouvons pas coter 1. Toutefois, le suivi régulier des hébergés pour adapter la prise en charge, et ainsi faire le point sur les différentes conditions de vie, permet de réduire nettement le risque d'agression. On pourra coter 0,5 pour ce critère.

Le principe d'évaluation Avec gravité en cas de risque chimique et d'agression					
	Risque	Risque initial = R1	Maîtrise = M	Risque résiduel = R2	Signification
Appartement thérapeutique	Chimique	$2 \times 2 \times 1 \times 4 \times 4 \times 2 = 128$	0,2	128X 0,2	R2 = 25,6
	Aggression	$2 \times 2 \times 1 \times 4 \times 4 \times 2 = 128$	0,5	128X 0,5	R2 = 64

Ce qui équivaut à une priorité 5, car < 100 .

Le risque est faible et ne nécessite pas d'action de prévention spécifique.

En conclusion, nous pouvons dire que la cotation déterminée en Accueil Familial Thérapeutique peut tout à fait s'appliquer aux appartements thérapeutiques, avec une légère adaptation du critère N°1 « profil de la composition des intervenants ».

CONCLUSION

Avec l'évolution de la réglementation, notamment l'Arrêté du 1er octobre 1990 relatif à l'organisation et au fonctionnement des services d'accueil familial thérapeutique et l'évolution des conditions de soins et de vie des patients; l'Accueil Familial Thérapeutique se structure progressivement.

La promulgation de la Directive Européenne du 12 juin 1989, qui a pour objet la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail, est venue renforcer le dispositif réglementaire.

Prévenir les risques professionnels dans le secteur de l'Accueil Familial Thérapeutique, connaître les principes et pratiques de prévention des risques professionnels, est un enjeu important des pouvoirs publics et des établissements pratiquant ce type de prise en charge.

La cotation proposée a permis de prendre en considération certaines particularités, et permettre ainsi aux établissements de réaliser une évaluation particulière, le profil de la composition de la famille devant être un élément important du dispositif d'évaluation.

La grande caractéristique de cette thèse est de viser à donner une cohérence essentielle à la mise en place d'un dispositif d'évaluation des risques pour les accueillants familiaux thérapeutiques. La mise en œuvre demandera sans doute un gros effort de la part de tous les acteurs, dans les années à venir.

Peu d'établissement en France emploient un nombre important d'accueillants familiaux. Toutefois, comme nous l'avons démontré, cette cotation peut s'appliquer à d'autres modes de prises en charge spécifique.

GLOSSAIRE ET DEFINITIONS

AES: Accident d'Exposition au Sang

AFS : Accueil Familial Social

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

ARH : Agences Régionales de l'Hospitalisation

ASH: Agent des Services Hospitaliers

CHS : Centre Hospitalier Spécialisé

CMR : Cancérogène, Mutagène et toxique pour la Reproduction

DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins.

ETP: Equivalent Temps Plein

EVRP : Evaluation des risques professionnels

HAS : Haute Autorité de Santé

HDT: Hospitalisation à la Demande d'un Tiers

HL: Hospitalisation Libre

HO: Hospitalisation d'Office

IDE: Infirmier Diplômé d'Etat

OHSAS 18001 : La spécification britannique OHSAS 18001 (pour Occupational Health and Safety Assessment Series) précise les règles pour la gestion de la santé et la sécurité dans le monde du travail. Son objectif est de fournir aux entreprises le souhaitant un support d'évaluation et de certification de leur système de management de la santé et de la sécurité au travail, compatibles avec les autres référentiels internationaux de système de management.

Orthèse : Une **orthèse** est un appareillage qui :

- Compense une fonction absente ou déficitaire
- Assiste une structure articulaire ou musculaire
- Stabilise un segment corporel pendant une phase de réadaptation ou de repos

Prothèse : Une prothèse est un dispositif artificiel destiné à remplacer un membre, un organe ou une articulation.

BIBLIOGRAPHIE

Livres

- VILLEMEUR Alain, « Réenchanter le monde, de nouveaux choix économiques contre le tout économique », Paris, Edition du Félin, 1997, page 223.
- Gestion des risques – « Méthode d'optimisation globale » – Editions d'organisation 2000, 2004 – Auteurs = Bernard BARTHELEMY et Philippe COURREGES.
- Prévention des risques dans l'unité de soins – Edition MASSON 2003 – Collection encadrer à l'hôpital – Auteur = Chantal Gaba-Leroy.

Rapports

- Julien LE DUC et Dr COQUART. « Rapport d'intervention. Clinique Turin. Aide à l'évaluation des risques ». Mars 2004.
- « La gestion des risques, une nouvelle donne pour le management hospitalier » – Caroline BELOT – Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique – 2002.
- « Le Directeur d'hôpital, les risques et la gestion des risques » – Alexandra LOCQUET - Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique – 2003.
- « La gestion des risques professionnels liés aux troubles musculosquelettiques » – Quelle stratégie pour le Directeur des soins – Antoinette BOUHOUD - Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique – 2007.
- « Evaluation des risques professionnels à l'hôpital », Mémoire de santé publique, Dr Ahmed BOUGATAYA, Juillet 2004.
- Marina ANDRE – « La prévention des risques professionnels en maison de retraite » - Mémoire de l'Ecole Nationale de Santé Publique – 2003.

Sites INTERNET

- <http://ist.inserm.fr/basisrapports/suicide.html>.
- http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/violence_sante/sante_mentale.pdf.
- Site Internet de la Direction de l'Animation et de la Recherche des Etudes et des Statistiques (DARES) → Ministère du Travail, des Relations Sociales et de la Solidarité.
- Site Internet Bossons Futés.

Mastère Management de la Qualité, Sécurité, Environnement

- Site Internet INPES.
- Site internet de l'INRS.
- Courriel IFREP (@wanadoo.fr).
- <http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/dossiers/sante/monoxyde-carbone/intoxications-au-monoxyde-carbone-sommaire.html>.
- Site FAMIDAC

Revue / Magazines

- Risques et Qualité en milieu de soins N°1 – Mars 2004
- Risques et Qualité en milieu de soins N°1- Volume II – Mars 2005
- Journal Officiel

Réglementations

- Principes méthodologiques pour la gestion des risques en milieu hospitalier – Janvier 2003.
- Circulaire DHOS/P1/2008/180 du 05 juin 2008 concernant les actions de formation 2009 prioritaires des fonctionnaires des établissements de santé.
 - o Annexe 13 Sensibilisation à la mise en œuvre d'une politique incitant à l'hygiène des mains (produits hydro alcooliques) ;
 - o Annexe 14 Lutte contre les hépatites B et C, priorité de santé publique.
- Circulaire DHOS/E 2/E 4 n° 2004-176 du 29 mars 2004 relative aux recommandations pour la mise en place d'un programme de gestion des risques dans les établissements de santé.
- Article L. 6113-2, 6113-3, 6114-3 du Code de la Santé Publique.
- Arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements en psychiatrie.
- Loi n°89-475 du 10 juillet 1989 relative à l'accueil par des particuliers, à leur domicile, à titre onéreux, de personnes âgées ou handicapées adultes.
- Arrêté du 1er octobre 1990 relatif à l'organisation et au fonctionnement des services d'Accueil Familial Thérapeutique.
- Décret n° 2001-1016 du 5 novembre 2001 portant création d'un document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs.
- Circulaire N° 6 DRT du 18 avril 2002 prise pour l'application du décret n°2001-1016 portant création d'un document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité

Mastère Management de la Qualité, Sécurité, Environnement

des travailleurs, prévue par l'article L. 230-2 du code du travail et modifiant le code du travail.

- Arrêté du 18 juillet 1994 fixant la liste des agents biologiques pathogènes (tableau A : bactéries, tableau B : virus, tableau C : les parasites, assortis de sigles et symboles permettant de bien cerner les risques).
- Arrêté du 17 avril 1997 modifiant l'arrêté du 18 juillet 1994 fixant la liste des agents biologiques pathogènes.
- Loi du 09 août 2004 relative à la politique de santé publique définissant comme objectif prioritaire de santé publique la réduction de 50% de l'incidence de la légionellose à l'horizon 2008.
- Elaboration et diffusion d'un dossier sur les risques chimiques et la conduite à tenir en cas d'accident. (ce dossier a été réalisé au CHS d'Ainay le Château avec un outil de communication dénommé « la feuille qualité »).

Contacts

- Membre de l'association Association Nationale des Responsables Qualité en Psychiatrie (ANRQ Psy)

ANNEXES

ANNEXE 1

Types de structures d'établissements de santé

Etablissements de santé ⁽¹⁾						
Catégorie d'établissement	Etablissements de santé public ⁽²⁾					Etablissements de santé privé ⁽³⁾
		Centres hospitaliers régionaux (CHR)	Centres hospitaliers généraux (CH)	Centres hospitaliers psychiatriques (CHS)	Hôpitaux locaux (HL)	Autres établissements ⁽⁴⁾
Statut	Secteur PUBLIC					Secteur PRIVE

(1) Etablissements sanitaires publics et privés faisant de l'hospitalisation à temps complet, à temps partiel ou à domicile, ou bien qui ont une autorisation pour une activité de soins. Sont inclus les unités pénitentiaires et les hôpitaux militaires.

(2) Dans le public, il existe selon la loi les centres hospitaliers et les hôpitaux locaux. On distingue les centres hospitaliers régionaux (CHR) à vocation régionale, les centres hospitaliers généraux, CH qui ont plus d'un grand groupe de discipline d'équipement MCO, les centres hospitaliers psychiatriques, CH spécialisés en psychiatrie anciennement dénommés CHS, et les hôpitaux locaux (HL) qui ont un nombre limité de lits de médecine. Les établissements ne rentrant pas dans ces catégories sont regroupés dans les autres établissements

(3) Dans le privé, les établissements sont regroupés selon leur activité principale. Le nom de cette activité est donné à la catégorie d'établissements. On retrouve deux types de structures :

✓ **Les établissements à but non lucratif** relèvent d'associations, de congrégations, d'organismes sociaux (mutuelles ou caisses d'assurance maladie). Certains d'entre eux ont une vocation spécialisée comme les centres

Mastère Management de la Qualité, Sécurité, Environnement

régionaux de lutte contre le cancer. Ces établissements sont soumis aux mêmes règles de gestion que les hôpitaux publics.

✓ Les établissements à but lucratif sont la propriété de particuliers ou de sociétés et sont autorisés à faire des bénéfices ; ils ont des règles de gestion et des modes de financement différents de ceux des hôpitaux publics et des établissements à but non lucratif.

(4) Syndicats inter hospitaliers (SIH), établissements non rattachés à un centre hospitalier regroupant quelques établissements d'enfants à caractère sanitaire, de soins de longue durée, de lutte contre la tuberculose ou de post-cure pour alcooliques, hôpitaux militaires et établissements sanitaires des prisons.

(5) Y compris les hôpitaux psychiatriques privés (HPP).

(6) Y compris les pouponnières à caractère sanitaire, les maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) et les centres de post-cure pour alcooliques.

Source : Ministère de la santé et des solidarités – DHOS
Champ : France entière

ANNEXE 2

Recommandations pour compléter la grille des activités de la vie quotidienne

- **Habillage**

Il inclut deux actions :

- ✓ L'habillage du haut du corps : s'habiller et se déshabiller au-dessus de la taille, ainsi que mettre en place et enlever une orthèse ou prothèse selon le cas.
- ✓ L'habillage du bas du corps : s'habiller et se déshabiller de la taille jusqu'en bas, ainsi que mettre en place et enlever une orthèse ou une prothèse selon les cas

1. Indépendance

S'habille et se déshabille seul en prenant ses vêtements OU requiert une adaptation pour attacher ses vêtements OU prend plus de temps que la normale.

2. Supervision ou arrangement

Requiert une supervision (présence, suggestion, stimulation) OU un arrangement (mise en place d'une orthèse ou d'une prothèse, préparation des vêtements ou d'une aide technique spécialisée).

3. Assistance partielle

Nécessite une assistance partielle pour au moins l'une des deux actions.

4. Assistance totale

Nécessite une assistance totale pour au moins l'une des deux actions.

- **Déplacement, locomotion**

Ils incluent cinq actions :

- ✓ Les transferts lit-chaise-fauteuil roulant : se transférer vers le lit, la chaise ou le fauteuil roulant et inversement OU si la marche est le mode habituel de locomotion, passer du lit, de la chaise à la position debout et inversement.
- ✓ Les transferts aux toilettes : s'asseoir et se relever du siège des toilettes
- ✓ Les transferts à la baignoire ou à la douche : entrer et sortir de la baignoire ou de la douche
- ✓ La locomotion : marcher une fois en position debout OU utiliser un fauteuil roulant en terrain plat en toute sécurité
- ✓ L'utilisation des escaliers : monter et descendre une volée de marches (12 à 14 marches).

Mastère Management de la Qualité, Sécurité, Environnement

Exception : si le mode de déplacement le plus courant est le fauteuil roulant (ou la chaise roulante, le chariot plat, le tricycle, etc.), ne pas coter l'action d'utilisation des escaliers.

1. Indépendance

Effectue seul l'ensemble de ses déplacements et de ses transferts OU utilise des aides techniques ou adaptations, OU prend plus de temps que la normale, OU le fait avec un risque acceptable.

2. Supervision ou arrangement

Requiert une supervision (présence, suggestion, stimulation) OU un arrangement (positionnement d'une planche de transfert, mobilisation d'un cale-pied) ou pour monter-descendre une volée de marches d'escalier (12 à 14 marches).

3. Assistance partielle

Nécessite une assistance partielle pour effectuer au moins l'une de ces quatre ou cinq actions.

4. Assistance totale

Nécessite une assistance totale pour effectuer au moins l'une de ces quatre ou cinq actions.

• **Alimentation**

Elle inclut trois actions nécessaires à l'ingestion des repas (lorsque ceux-ci sont préparés et présentés au patient de manière habituelle sur une table ou sur un plateau) :

- ✓ utilisation des ustensiles réguliers pour porter les aliments à la bouche
- ✓ mastication
- ✓ déglutition (avaler la bouchée ou la gorgée).

1. Indépendance

Mange en prenant sur une assiette les aliments de toute consistance et boit à partir d'une tasse ou d'un verre, utilise les ustensiles réguliers OU utilise une aide technique ou une adaptation (paille, couteau, fourchette, etc.) OU requiert plus de temps que la normale OU nécessite des aliments à consistance modifiée.

2. Supervision ou arrangement

Requiert une supervision (présence, suggestion, stimulation) OU un arrangement (mise en place d'une prothèse, d'une orthèse, ouvrir un récipient, couper la viande, beurrer les tartines et verser les liquides) OU requiert une aide pour ouvrir les récipients, couper la viande, verser les liquides

3. Assistance partielle

Nécessite une assistance partielle pour au moins l'une des trois actions

4. Assistance totale

Nécessite une assistance totale pour au moins l'une des trois actions

- **Continence**

Elle inclut deux actions :

- ✓ le contrôle de la miction : assurer un contrôle complet et volontaire de la miction OU utiliser de l'équipement ou des moyens nécessaires à ce contrôle
- ✓ le contrôle de la défécation : assurer un contrôle complet et volontaire de la défécation OU utiliser de l'équipement ou des moyens nécessaires à ce contrôle.

1. Indépendance

Contrôle complètement la miction et la défécation et n'est jamais incontinent OU, s'il requiert un matériel spécifique qu'il place, utilise et nettoie seul, n'est jamais incontinent.

Matériels spécifiques pour la continence :

- urinaire : urinal, bassin de lit, chaise d'aisance, couche, serviette absorbante, sonde, collecteur urinaire, médicaments
- fécal : bassin de lit, chaise d'aisance, stimulation digitale, lavement, médicaments.

2. Supervision ou arrangement

Requiert une supervision (éducation) OU l'arrangement de l'équipement pour maintenir un contrôle satisfaisant OU incontinence exceptionnelle (moins d'une fois par mois).

3. Assistance partielle

Nécessite une assistance partielle (l'entretien de son système collecteur urinaire, etc.) pour au moins l'une des deux actions, OU peut avoir une incontinence occasionnelle (moins d'une fois par jour).

4. Assistance totale

Nécessite une assistance totale pour au moins l'une des deux actions OU, incontinent total, le patient se souille fréquemment au cours des 24 heures et nécessite une assistance totale pour changer ses protections.

Remarques :

Pour un patient porteur d'une sonde à demeure, c'est la gestion de la poche à urine qui est évaluée et non la pose d'une sonde à demeure qui constitue un acte infirmier :

- ✓ si le patient gère seul sa poche à urine, coter 1
- ✓ si un soignant supervise la gestion de la poche à urine, coter 2
- ✓ si un soignant gère entièrement la poche à urine, coter 4.

• Comportement

Il inclut une action, l'interaction sociale, définie comme la capacité à s'entendre et à participer avec les autres, à des situations sociales ou thérapeutiques, à assurer ses besoins propres en même temps que ceux des autres.

1. Indépendance complète ou modifiée

Se conduit de façon appropriée avec les membres de l'équipe de soins, les autres patients et les membres de sa famille dans la plupart des cas OU peut prendre plus de temps que la normale pour s'ajuster à des situations sociales, OU peut avoir besoin de médicaments pour garder le contrôle.

2. Supervision ou arrangement

Requiert une supervision OU une surveillance en cas de situations inhabituelles ou stressantes.

3. Assistance partielle

Ne se conduit de façon appropriée qu'une partie du temps, nécessite parfois des interventions, voire des négociations ou des restrictions.

4. Assistance totale

Se conduit le plus souvent de façon inappropriée, nécessite des restrictions.

Exemples de conduites sociales inappropriées : crises de colère intempestives ; langage excessif, grossier, violent ; rires et pleurs excessifs ; violences physiques ; attitude très renfermée ou sans interaction.

• Relation et communication

Elles incluent deux actions :

- ✓ la compréhension d'une communication visuelle ou auditive
- ✓ l'expression claire du langage verbal et non verbal.

1. Indépendance

Comprend et s'exprime normalement, ce qui permet des relations humaines aisées OU comprend et s'exprime difficilement en prenant plus de temps que la normale.

2. Supervision ou arrangement

Requiert parfois une stimulation pour permettre les échanges (faire répéter, parler plus lentement, s'aider d'un geste, d'un support, etc.).

3. Assistance partielle

Ne comprend ou n'utilise que des mots, expressions ou gestes simples, nécessite fréquemment une aide.

4. Assistance totale

Ne s'exprime pas et/ou ne communique pas OU le fait de façon inappropriée.

ANNEXE 3

Tableau de synthèse des risques cotés en Accueil Familial Thérapeutique

Nature de risque	Facteurs de risque	Gravité				Fréquence				Actions de prévention		
		1	2	3	4	1	2	3	4	Court H / O / T ⁽¹⁾	Moyen H / O / T	Long terme H / O / T
Manutention manuelle / posture / geste répétitif	<ul style="list-style-type: none"> Le déplacement de mobilier / réfection du lit / retournement des matelas ; Le port de courses et ravitaillements / port de plateaux repas ; L'aide à la toilette ; Les contraintes posturales lors des activités de ménage courant peuvent conduire à l'adoption de postures ; contraignantes (à genoux, accroupi, penché en avant, bras en élévation) ; Les gestes répétitifs des membres supérieurs lors des activités de lavage, repassage, nettoyage des vitres ; L'état de santé du patient, plus ou moins autonome (trouble de l'équilibre dû à la prise de certains médicaments) ; La configuration des locaux : passages étroits, présence de dénivelés voire d'escaliers, sols glissants ou en mauvais état, présence de tapis, encombrement au sol ; Le mauvais éclairage ; La présence d'animaux domestiques ; La formation incomplète ou inadaptée des accueillants. 		X					X		<ul style="list-style-type: none"> L'accueil de patient autonome (adéquation entre les patients accueillis, le lieu d'accueil et les possibilités que peuvent offrir les accueillants) ; Le choix de lieux d'accueil de plain pied ; La pose de bandes antidérapantes sur les marches d'escalier ; L'interdiction d'utiliser des tapis ; Le contrôle fréquent des lieux ; L'entretien journalier des lieux (à prévoir dans le règlement intérieur et dans le contrat d'accueil) ; Le désencombrement du sol des lieux de circulation. 	<ul style="list-style-type: none"> Des formations – Prévention des Risques à l'Activité Physique et Ergonomie (PRAPE) – Gestes et postures ; La présence de consignes pour éviter les sols glissants (par exemple consigne de nettoyage des sols) ; La réfection des sols. 	

Mastère Management de la Qualité, Sécurité, Environnement

Nature de risque	Facteurs de risque	Gravité				Fréquence				Actions de prévention		
		1	2	3	4	1	2	3	4	Court H / O / T ⁽¹⁾	Moyen H / O / T	Long terme H / O / T
Chute ou glissade	<p><u>A l'intérieur</u></p> <p> <u>Facteurs matériels</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Le non respect des consignes de nettoyage (ne pas marcher sur un sol mouillé, ne pas encombrer un passage, nettoyer systématiquement lorsqu'on a fait tomber quelque chose d'humide) ; Le port de chaussures inadaptées ; Le mauvais rangement ; L'encombrement des lieux de passage ; Le mauvais éclairage ; La présence de dénivelés, d'escaliers, de tapis, d'escabeau non conformes, de sols en mauvais état, glissants ; La présence d'animaux de l'accueillant familial. 	X				X				<p><u>Chute et glissade de plain pied</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Le choix de logements de plain pied ; L'entretien fréquent des locaux, le désencombrement des lieux de passage ; Pas ou peu d'animaux ; Un excellent éclairage ; Le port de chaussures adaptées ; La pose de revêtements antidérapants à l'extérieur (pose de résine laissant passer l'eau, en hiver salage et balayage de la neige). 	<p><u>Chute et glissade de plain pied</u></p> <ul style="list-style-type: none"> La suppression de dénivelés ; La réfection des sols. 	
	<p> <u>Facteurs humains</u></p> <ul style="list-style-type: none"> La perte d'équilibre de la personne ; La baisse de tension... <p><u>A l'extérieur</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Le mauvais éclairage ; Les conditions climatiques défavorables (pluie, grêle, neige, verglas,...). 											

Mastère Management de la Qualité, Sécurité, Environnement

	<p><i>Remarque :</i> De ce fait, les logements agréés devraient ne pas comporter d'escalier, et se situer de plain pied.</p>									<ul style="list-style-type: none"> • Un éclairage suffisant ; • Le port de chaussures adaptées, à semelle antidérapante lors des diverses tâches effectuées ; • La possession de grandes superficies pour manœuvrer facilement dans les pièces ; • Des branchements électriques en quantité suffisant (suppose un maximum de prise sdans une pièce) ; • Prendre les repas avec les patients, donc ne pas utiliser les plateaux ; • Remplacer les armoires par des placards – du sol au plafond ; • L'interdiction d'installer des tablettes au dessus du lavabos). 		
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--

Mastère Management de la Qualité, Sécurité, Environnement

Nature de risque	Facteurs de risque	Gravité				Fréquence				Actions de prévention		
		1	2	3	4	1	2	3	4	Court H / O / T ⁽¹⁾	Moyen H / O / T	Long terme H / O / T
Biologique (AES) / maladie contagieuse	<ul style="list-style-type: none"> • Les contacts humains (Contacts entre plusieurs patients, l'équipe pluridisciplinaire et les visiteurs) ; • Les soins effectués aux patients ; • Les contacts avec des liquides biologiques ; • La manipulation de linge souillé et contaminé ; • Le lavage simultané du linge de la famille et du linge du patient ; • L'émission de gouttelettes de salives lors de la parole, toux,... • La blessure par un objet souillé, aiguille ; • Le contact avec une plaie infectée, un ulcère à la jambe... • Le contact avec les animaux du patient éventuellement présents, soit par contact direct, soit par morsure / griffure. 				X				X	<ul style="list-style-type: none"> • L'élaboration et remise de protocole soignant, conduite à tenir en cas d'Accident d'Exposition au Sang ; • L'information par le médecin ou l'équipe soignante sur les précautions à prendre devant un éventuel risque infectieux ; • Pas ou peu d'animaux dans le lieu d'accueil, et animaux vaccinés ; • Des contenants adaptés pour matériels et déchets piquants / tranchants ; • Des précautions lorsque l'accueillant défait les bagages des patients après un séjour en dehors de l'hôpital ; • La présence d'un médecin du travail, d'un médecin référent agent biologique, d'un référent hygiéniste ; • Le suivi particulier des femmes enceintes ; 	<ul style="list-style-type: none"> • Des formations (économie sociale et familiale, lavage des mains) ; • La sensibilisation (diffusion de plaquettes,...) ; • La constitution de groupes de parole (accueillants familiaux, référent hygiéniste, médecin, ...). 	

Mastère Management de la Qualité, Sécurité, Environnement

										<ul style="list-style-type: none"> • Le rappel des vaccinations obligatoires (Séance de vaccination « hépatite C », DT Polio, coqueluche et incitation à se faire vacciner contre la grippe) ; • L'élaboration de consignes pour le lavage du linge contaminé des patients ; • Le lavage des mains fréquent, systématique après certains gestes (travaux, toilettes, confection des repas, soins prodigués au(x) patient(s),...) • Le port de vêtements, de protections individuelles spécifiques (gants, blouse) pour certaines tâches (toilettes, ménage,...) ; • Profiter de l'absence des patients pour monter la température des chauffe eau à plus de 60°C afin d'éliminer les légionnelles. 		
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--

Mastère Management de la Qualité, Sécurité, Environnement

Nature de risque	Facteurs de risque	Gravité				Fréquence				Actions de prévention		
		1	2	3	4	1	2	3	4	Court H / O / T ⁽¹⁾	Moyen H / O / T	Long terme H / O / T
Incendie / explosion	<ul style="list-style-type: none"> ✚ <u>L'oxygène</u> <ul style="list-style-type: none"> • Des conditions de stockage de bouteilles d'oxygène inappropriées (stockage des bouteilles dans la chambre du patient, chocs potentiels avec les bouteilles, utilisation de graisse, conditions de transport inadaptées) ; • Le respect de l'obligation « Hôpital sans tabac ». ✚ <u>La non-conformité des installations électriques</u> ✚ <u>Les appareils de cuisson en mauvais état de fonctionnement</u> ✚ <u>Le chauffage défectueux</u> 				X		X			<p><u>Oxygène</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Le stockage de bouteilles d'oxygène dans un local spécifique (aéré, indépendant des autres bâtiments) ; • Des conditions de transport des bouteilles d'oxygène adaptées ; • Eviter les chocs ; • Le patient ne fume pas à l'intérieur des locaux ; • Le Directeur ou son représentant doit s'assurer de la conformité de l'installation électrique. <p><u>Cuisine</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • La surveillance du feu, et en cas d'éloignement, éteindre la cuisinière ; • La remplacement du flexible de gaz si besoin ; 	<p><u>Détecteur de fumée</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • L'installation conforme aux notices d'utilisation des détecteurs de fumée dans les lieux d'accueil. <p><u>Chauffage</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • L'inspection de la chaudière et de la cheminée (ramonage) par un professionnel avant le début de l'hiver (en cas de chauffage au bois, cette opération devra être répétée plusieurs fois) ; • Le passage d'un contrat d'entretien annuel avec un professionnel pour les appareils à combustion (au bois, au charbon, au fioul ou au gaz) ; • L'interdiction de stocker des matériaux 	

Mastère Management de la Qualité, Sécurité, Environnement

										<ul style="list-style-type: none"> • Des couvercles à proximité de façon à ce que si une casserole prend feu, on puisse facilement la recouvrir et éteindre le feu ; • L'installation d'un extincteur dans la cuisine ; • Des torchons et des gants éloignés de la cuisinière ; • Le nettoyage régulier de la hotte et du ventilateur au-dessus de la cuisinière. 	<p>combustibles près de la chaudière et des appareils de chauffage d'appoint ;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Etre à l'affut des signes de surcharge électrique comme, par exemple, des ampoules qui s'assombrissent lorsqu'on allume un appareil de chauffage; appelez un technicien qualifié si cela se produit. Ne jamais utiliser le four pour chauffer la maison. 	
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	---	--

Mastère Management de la Qualité, Sécurité, Environnement

Nature de risque	Facteurs de risque	Gravité				Fréquence				Actions de prévention		
		1	2	3	4	1	2	3	4	Court H / O / T ⁽¹⁾	Moyen H / O / T	Long terme H / O / T
Emploi de machines / d'outils ou d'instruments coupants, contondants ou perforants	<ul style="list-style-type: none"> • L'utilisation de robots ménagers, aspirateurs ; • L'utilisation d'outils tranchants, four, friteuse, gazinière, plaques électriques,... lors de la préparation des repas ,manipulation de liquides brûlants,... 		X				X			<ul style="list-style-type: none"> • L'utilisation des gants appropriés aux tâches réalisées ; • Un matériel en bon état de fonctionnement ; • La concentration sur les tâches à effectuer. 		

Nature de risque	Facteurs de risque	Gravité				Fréquence				Actions de prévention		
		1	2	3	4	1	2	3	4	Court H / O / T ⁽¹⁾	Moyen H / O / T	Long terme H / O / T
Bruit	<ul style="list-style-type: none"> • Le cri des patients ; • Le bruit des appareils ménagers. 		X				X			<ul style="list-style-type: none"> • Ne pas laisser crier les patients (assurer une prise en charge efficace) ; • Faire appel à l'équipe référente ; • L'emploi d'appareils ménagers moins bruyants. 		

Mastère Management de la Qualité, Sécurité, Environnement

Nature de risque	Facteurs de risque	Gravité				Fréquence				Actions de prévention		
		1	2	3	4	1	2	3	4	Court H / O / T ⁽¹⁾	Moyen H / O / T	Long terme H / O / T
Chimique	<p><u>Lors d'une utilisation normale</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • L'utilisation de médicaments à domicile pour les patients, risque de prise par les enfants et/ou la famille ; • L'utilisation de produits chimiques pour l'entretien du logement d'accueil ; ✓ L'ingestion accidentelle lors du versement, éplaboussure de produits, en mangeant, en fumant,... sans s'être lavé les mains ; ✓ L'inhalation de vapeurs lors de l'utilisation, l'ouverture et la fermeture des récipients ; ✓ L'utilisation de bombes aérosols ; ✓ La mauvaise utilisation des produits sans ouverture des fenêtres ; • L'utilisation de produits sans gants de protections adaptées ; • Le renversement accidentel, projection de gouttelettes,... 				X				X	<p>✚ <u>Des actions de sensibilisation</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • La remise de plaquettes sur la signification des pictogrammes et le danger potentiel des produits ; • Le choix d'utiliser des produits moins dangereux ; • L'élaboration et la diffusion d'un dossier sur les risques chimiques et la conduite à tenir en cas d'accident ; • La lecture des étiquettes d'utilisation et des modes d'emploi pour les types de produits chimiques ; • Le port de gants pour la vaisselle, la lessive, les toilettes ; • Le port de tenue de ménage,... • Le port de lunettes,... • La diffusion et le respect des consignes de sécurité relative aux types de dangers. 	<ul style="list-style-type: none"> • Des formations en Economie sociale et familiale concernant l'utilisation, l'élimination et les conditions de stockage de ces produits, éventuellement accompagnées d'un dossier papier facilement consultable (lecture des étiquettes et respect de règles simples lors de leur mise en œuvre, utilisation de protections (gants / lunettes adaptés), interdiction de mélanger les produits entre eux, de les chauffer ou de les reconditionner dans des contenants de type alimentaire, ou dans des contenants non étiquetés). 	

Mastère Management de la Qualité, Sécurité, Environnement

Nature de risque	Facteurs de risque	Gravité				Fréquence				Actions de prévention		
		1	2	3	4	1	2	3	4	Court H / O / T ⁽¹⁾	Moyen H / O / T	Long terme H / O / T
Agression	<p> <u>Les conditions de vie du patient</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • La cohabitation , solitude, frustration des patients. <p> <u>La pathologie du patient</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • La méconnaissance des pathologies psychiatriques par les accueillants (psychotiques ou schizophrènes), pouvant conduire à un climat d'agressivité ; • La décompensation par le patient ; • L'évolution de la pathologie psychiatrique, ou le fait de souffrir d'une autre pathologie. <p> <u>La communication</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Le défaut ou la difficulté de communication entre le patient et l'accueillant. <p> <u>Les conditions de travail</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Le travail seul et/ou de façon isolée géographiquement avec des horaires atypiques ; • L'incompréhension des accueillants vis-à-vis d'une prise en charge demandée par les soignants. 			X				X	<p><u>La législation</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Le respect de la législation (pas de patients en Hospitalisation d'Office ou Hospitalisation à la Demande d'un Tiers. <p><u>Le travail de l'équipe pluridisciplinaire</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • L'affectation des patients (les patients placés en Accueil familial Thérapeutique sont « stabilisés », présentant moins de risques d'agression ; • Le choix de patients pouvant s'entendre entre eux ; • L'hospitalisation des patients en INTRA. <p><u>Le comportement de l'accueillant familial</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • La prise de congés ; • Dédramatiser la situation, permet le plus souvent d'apaiser les humeurs et de recourir à une situation plus stable ; • L'écoute des petits tracas de la vie quotidienne, des problèmes relationnels ; • Sortir du lieu où se trouve le « conflit » permet aussi d'évacuer le stress ; 	<ul style="list-style-type: none"> • Des formations sur les conduites à tenir en cas d'urgence ; • L'établissement de groupes de parole peuvent aussi être une bonne occasion de recueillir les impressions des différentes familles exerçant cette profession, sur des problèmes rencontrés et les solutions apportées ; • La rédaction et la diffusion d'une procédure à respecter en cas d'urgence. 		

Mastère Management de la Qualité, Sécurité, Environnement

Nature de risque	Facteurs de risque	Gravité				Fréquence				Actions de prévention		
		1	2	3	4	1	2	3	4	Court H / O / T ⁽¹⁾	Moyen H / O / T	Long terme H / O / T
Routier	<p><u>Les risques de mission (par convocation)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> L'utilisation du véhicule personnel pour conduire les patients en consultation, suivre certaines formations / sensibilisations, réunions de travail dispensées à l'établissement de santé, conduire les patients chez des spécialistes (dentistes, pédicures, faire les courses). <p><u>Remarque</u> Il me semble qu'il est souhaitable de parler de risques de missions plutôt que de risques de trajet, dans la mesure où les accueillants travaillent à domicile.</p> <p><u>L'éloignement</u></p> <ul style="list-style-type: none"> La distance du lieu d'accueil. <p><u>Le transport</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Le transport de malades mentaux qui peuvent être source de distraction (chahut, délire, ...). 				X		X			<ul style="list-style-type: none"> La possession du permis de conduire ; Le respect du code de la Route ; La possession d'une voiture en bon état de fonctionnement (boîte d'ampoules disponible, essuie glace vérifié, pneus en bon état, ...) Le port de lunettes lorsque leur port est obligatoire ; Etre vigilant lors de la conduite routière (même un trajet court est source d'accident grave, surtout rester concentré lorsqu'il y a 2 ou 3 patients présents dans l'habitacle) ; L'interdiction de prendre certains médicaments, ni d'alcool, ou de substances illicites lorsque l'on doit conduire ; L'adaptation de la conduite aux conditions climatiques, de circulations et aux heures de la journée. 		

Mastère Management de la Qualité, Sécurité, Environnement

Nature de risque	Facteurs de risque	Gravité				Fréquence				Actions de prévention		
		1	2	3	4	1	2	3	4	Court H / O / T ⁽¹⁾	Moyen H / O / T	Long terme H / O / T
Brûlure	<ul style="list-style-type: none"> • La préparation des repas ; • La réalisation de travaux (repassages, travaux ménagers divers,...) ; • La présence de patients qui sollicitent et peuvent perturber au moment d'une manipulation délicate, souvent source d'inattention. 		X					X		<p><u>La cuisine</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • La possession d'une électricité conforme ; • La possession d'appareils en bon état de fonctionnement ; • L'interdiction d'utiliser des multiprises ; • L'absence de fils traînant à même le sol ; • La vigilance quant aux tâches à exécuter ; • Eteindre les plaques de cuisson en fin de préparation ; • Tourner les manches de casserole, de poêle vers l'intérieur pour éviter que leur contenu ne se renverse. <p><u>La salle de bain</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Le réglage du thermostat du ballon d'eau chaude, ou des chaudières pour ne pas dépasser une certaine température (lors des départs de patients ou de congés, les accueillants familiaux devront remonter les thermostats afin de détruire les salmonelles) ; • L'installation de robinets thermostatiques. 		<ul style="list-style-type: none"> • Prévoir l'acquisition et le remplacement des anciens appareils ; • Faire appel à un électricien pour vérifier la conformité des installations par rapport aux nouvelles normes exigées.

Mastère Management de la Qualité, Sécurité, Environnement

Nature de risque	Facteurs de risque	Gravité				Fréquence				Actions de prévention		
		1	2	3	4	1	2	3	4	Court H / O / T ⁽¹⁾	Moyen H / O / T	Long terme H / O / T
Charge mentale (psychologie, stress,...)	<ul style="list-style-type: none"> • Les relations avec le patient (relations humaines naturelles, pathologie du patient, difficile de partager son quotidien avec des psychotiques / schizophrènes, supporter la maladie psychiatrique qui génère des comportements « inadaptés » de la part du patient accueilli, mais aussi d'autres pathologies auxquelles peuvent s'ajouter des handicaps divers ...) • L'accueil des patients 24H/24 et 335 jours/365 (y compris les week-ends et jours fériés. Il n'existe pas de repos hebdomadaire.) / Départ des patients (dédès, changement de lieu d'accueil) ; • La fatigue nerveuse induite par la charge de travail ; • Le manque de vigilance (éviter de se tromper dans la dispensation des médicaments) ; • La sensibilité (lorsqu'il arrive qu'un patient décède, ou souhaite changer d'accueil, ce départ induit souvent chez les accueillants le sentiment de ne pas avoir assuré correctement la prise en charge du patient ; • La mauvaise organisation du travail ; 		X						X	<ul style="list-style-type: none"> • La prise de congés (les patients sont confiés à un autre accueillant ou sont pris en charge par l'établissement ; c'est donc un moment privilégié pour se ressourcer, pour se retrouver en famille) ; • La préparation aux difficultés de communication avec le ou les patient (s) ; • La gestion en urgence des risques imprévisibles (agression, fugues, accidents, tentatives de suicide ou décès) ; • L'habitude à un manque de considération de la part du patient ou de sa famille naturelle, des intervenants, de l'entourage ; • L'établissement de groupes de parole ; • La prise en charge avec un psychologue extérieur ; 	<ul style="list-style-type: none"> • La disponibilité ; • La gestion des risques imprévisibles (agressions, fugues, accidents, tentative de suicide ou morts subites) ; • Savoir se préparer au départ des patients ; • Faire passer les membres de la famille avant le patient ; • Trouver la juste distance entre le patient et l'accueillant. 	

Mastère Management de la Qualité, Sécurité, Environnement

Nature de risque	Facteurs de risque	Gravité				Fréquence				Actions de prévention		
		1	2	3	4	1	2	3	4	Court H / O / T ⁽¹⁾	Moyen H / O / T	Long terme H / O / T
Alimentaire	<ul style="list-style-type: none"> • L'achat d'aliments ne garantissant pas toutes les conditions de sécurité alimentaire (mauvaise lecture des étiquettes, boîte de conserve gonflée, ...); • La contamination croisée ; • Le non respect de la chaîne du froid ; • La mauvaise cuisson des aliments ; • Le mauvais nettoyage du réfrigérateur ; • La consommation de restes alimentaires ; • Les allergies ; • La fausse route. 			X				X		<ul style="list-style-type: none"> • Les courses organisées ; • Le réfrigérateur bien rangé et nettoyé ; • Le respect des règles de conservation et de cuisson ; • Le lavage des mains avant de préparer les repas, avant de passer à table ; • Le lavage des couteaux, des plans de travail, de la planche à découper, de l'ensemble des ustensiles de cuisine avant de les utiliser, mais également avant de les réutiliser pour une autre utilisation ; • Le lavage des fruits et des légumes crus à grande eau et séché avec du papier jetable ou des torchons propres ; 	<ul style="list-style-type: none"> • Le déchiffrement des étiquettes (date de péremption,...) ; • Lors des courses alimentaires, passer d'abord au rayon épicerie, terminer impérativement par les produits frais et surgelés, les mettre dans un sac isotherme ; • Le rangement correct des aliments dans le réfrigérateur (dans la zone la plus froide: stocker poissons, viandes et plats cuisinés / Dans la zone intermédiaire : stocker les produits laitiers / Dans les zones les moins froides (bacs à légumes et porte), les fruits et légumes, œufs et sauces industrielles ; • L'enlèvement des 	

Mastère Management de la Qualité, Sécurité, Environnement

										<ul style="list-style-type: none"> • Ne pas laisser trop longtemps à l'air libre les plats préparés (mayonnaise, crèmes et préparations à base d'oeufs), et jeter les restes ; • La conservation au maximum des aliments à la température indiquée sur l'emballage (respect de la chaîne du froid) ; • Le déchiffrement des étiquettes (date de péremption, composition des produits, ...) ; • Prendre le temps de mastiquer, couper les aliments en petits morceaux, avoir suivi la formation sur les gestes d'urgence (méthode de HEMLICH). 	emballages et suremballages inutiles (cartons entourant les yaourts par exemple), couvrir les aliments pour éviter de les laisser à l'air libre, ne pas sortir trop longtemps à l'avance les produits qui doivent rester au frais, ne pas ouvrir trop longtemps la porte du réfrigérateur ; <ul style="list-style-type: none"> • Le placement des aliments que l'on stocke longtemps (lait UHT, conserves, eaux minérales plus récents au fond, derrière les autres aliments ; • Le réglage du thermostat du réfrigérateur entre 0°C et +4°C. pour une conservation optimale au réfrigérateur, mais aussi placer un thermomètre à différents niveaux afin de 	
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--

Mastère Management de la Qualité, Sécurité, Environnement

Nature de risque	Facteurs de risque	Gravité				Fréquence				Actions de prévention		
		1	2	3	4	1	2	3	4	Court H / O / T ⁽¹⁾	Moyen H / O / T	Long terme H / O / T
Electrique	<ul style="list-style-type: none"> • Les fils dénudés ; • Le branchement d'appareils électriques sur une même prise ; • L'installation électrique non conforme, appareils défectueux (ménager et/ou chauffage). 			X			X			<ul style="list-style-type: none"> • La mise aux normes des installations électriques ; • La possession d'appareils électriques et/ou de chauffage en parfait état de fonctionnement ; • Ne jamais laisser une rallonge branchée à une prise sans qu'elle soit reliée à un appareil électrique ; • Ne jamais utiliser un fil électrique pour tirer ou déplacer un appareil électrique ; • Ne jamais toucher à un fil dénudé dont on ne perçoit qu'une extrémité ; • Ne jamais toucher une prise avec les mains mouillées ; • Eviter les projections d'eau sur les appareils électriques ; • Le débranchement d'appareils non utilisés. 		<ul style="list-style-type: none"> • La mise aux normes des installations électriques.

Mastère Management de la Qualité, Sécurité, Environnement

Nature de risque	Facteurs de risque	Gravité				Fréquence				Actions de prévention		
		1	2	3	4	1	2	3	4	Court H / O / T ⁽¹⁾	Moyen H / O / T	Long terme H / O / T
Conditions de travail particulières (nuit, week end,...)	<ul style="list-style-type: none"> La prise en charge des patients 24H/24, 335 jours sur 365. 		X						X	<ul style="list-style-type: none"> L'établissement de groupes de parole entre les accueillants familiaux afin de sortir de l'isolement ; Le lien avec l'établissement de santé, l'équipe pluridisciplinaire fréquent, avec si possible un suivi par un psychologue ; L'aménagement de temps de repos (week-end, absence inférieure à une journée, congés annuels,...) ; La présence de numéros d'appels d'urgence la journée et la nuit (établissement, SAMU (15), POMPIERS (18), ...). 		

Mastère Management de la Qualité, Sécurité, Environnement

Nature de risque	Facteurs de risque	Gravité				Fréquence				Actions de prévention		
		1	2	3	4	1	2	3	4	Court H / O / T ⁽¹⁾	Moyen H / O / T	Long terme H / O / T
Travail isolé	<ul style="list-style-type: none"> • Le travail au domicile ; • La distance par rapport à l'établissement de santé ; • La prise en charge 24H/24 (de jour comme de nuit), 335 jours sur 365. 			X					X	<ul style="list-style-type: none"> • Le lien avec l'établissement de santé, avec l'équipe pluridisciplinaire, avec si besoin un suivi par un psychologue extérieur à l'établissement ; • L'établissement de groupes de parole entre les accueillants familiaux afin de confronter leurs expériences ; • La présence de numéros d'appels d'urgence la journée et la nuit (établissement, SAMU (15), POMPIERS (18), ...). 		<ul style="list-style-type: none"> • Le rapprochement géographique de l'établissement de santé.

Mastère Management de la Qualité, Sécurité, Environnement

Nature de risque	Facteurs de risque	Gravité				Fréquence				Actions de prévention		
		1	2	3	4	1	2	3	4	Court H / O / T ⁽¹⁾	Moyen H / O / T	Long terme H / O / T
Familial	<ul style="list-style-type: none"> • La prise en charge du patient 24H sur 24 ; • Répondre aux besoins du patient ; • Le délaissement de la famille (conjoint, enfants,...) ; • Le ménagement de périodes de repos ; • L'envahissement physique et psychique du patient. 		X						X	<ul style="list-style-type: none"> • Le respect de la vie privé, l'intimité du cercle familial, les valeurs et les croyances ; • Faire preuve d'une grande tolérance ; • Se consacrer à sa famille ; • La prise de conscience du rôle de l'accueillant. 		