



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



Fédération des Organismes Régionaux et territoriaux
pour l'Amélioration des Pratiques et organisations en santé

Le déploiement de la bientraitance

Guide à destination des professionnels en établissements de santé et EHPAD

Groupe Bientraitance FORAP-HAS

Mai 2012

Avant-propos

La promotion de la bientraitance et son corollaire la prévention de la maltraitance sont des enjeux majeurs pour le système de santé aujourd'hui.

Promouvoir la bientraitance, c'est renforcer un modèle de prise en charge et d'accompagnement des personnes accueillies en établissement centré sur leurs besoins, leurs attentes, leurs préférences. C'est favoriser l'implication des usagers dans leurs soins en les resituant dans le processus de décision les concernant. Comme l'affirme l'Institut de médecine américain, promouvoir la bientraitance constitue une des six dimensions majeures de l'amélioration de la qualité des soins¹. Nous soulignons que sa promotion devrait également contribuer à la sécurité des soins et, plus globalement, à l'amélioration de l'état de santé des personnes.

L'impact de modalités de financement sur les durées de séjour, les transformations de l'offre de soins, l'évolution des types de prise en charge mobilisent les professionnels qui aspirent aujourd'hui à préserver, voire à recentrer leur travail autour des dimensions humaines et des relations autour du soin et de l'accompagnement. Promouvoir la bientraitance aide également à préserver le sens du travail des professionnels mis à mal par le phénomène de maltraitance institutionnelle et contribue alors à améliorer également la qualité de vie au travail.

Enfin, et c'est un enjeu majeur, la bientraitance est un facteur favorable au développement de la démocratie sanitaire. Elle permet d'établir ou de consolider une relation de confiance entre les professionnels de santé et les usagers, ce qui favorise l'exercice des droits individuels des personnes accueillies en établissement. Par ailleurs, une politique globale de promotion de la bientraitance ne se conçoit qu'en lien avec les usagers, leurs représentants dans les institutions et le monde associatif. La participation des usagers à tous les niveaux du système est un facteur de renforcement incontournable des politiques publiques et des actions locales.

La bientraitance devient un élément central des politiques de qualité et de sécurité des soins et de l'accompagnement des personnes et doit à ce titre être soutenus institutionnellement pour assurer son déploiement et son impact positif.

L'introduction de la thématique bientraitance dans le manuel de certification a été bien accueillie par les professionnels qui y ont vu l'opportunité de recentrer leurs

réflexions sur une dimension essentielle de leur métier. Ils ont très naturellement exprimé un besoin en termes d'outils pour mettre en œuvre une politique de bientraitance.

Les outils qui constituent une partie de ce guide ont vocation à s'intégrer dans les dispositifs existants et correspondent aux exigences de la certification ou des autres évaluations externes, mais ne revêtent pas un caractère exclusif. Ainsi, ils ne se substituent pas aux autres outils existants, tels que le programme MobiQual déployé par la Société française de gériatrie et gérontologie, mais s'inscrivent dans une complémentarité d'actions en fonction du profil d'activité des établissements concernés.

Si ces outils sont principalement à destination des établissements de santé, certains, développés en lien avec les EHPAD, peuvent être aussi déployés dans le champ médico-social des personnes âgées. Soucieux de rendre ce guide utilisable par le plus grand nombre, la HAS et la FORAP ont opté pour un format interactif. Des situations d'utilisation ont été retenues à partir des besoins identifiés par les professionnels, pour lesquels une stratégie de choix d'outils est proposée. Elles figurent sur la page web dédiée à ce guide que vous pouvez retrouver sur le site de la HAS (www.has-sante.fr), sur celui de la FORAP (www.forap.fr) ainsi que sur celui des différentes structures régionales ayant participé au projet.

Ce guide s'inscrit dans le soutien méthodologique aux démarches d'amélioration de la qualité et de la sécurité ; il n'apporte pas de réponse spécifique face aux situations de maltraitance de nature délictuelle.

Ce guide est le fruit d'une collaboration partenariale entre la HAS et la FORAP, s'appuyant sur la mobilisation d'acteurs et de professionnels de terrain, au niveau régional et national. Nous tenons à les remercier pour leur engagement à nos côtés et surtout aux côtés des patients et de leur entourage. Cette collaboration illustre tout l'intérêt d'une articulation entre la définition de politique nationale et la mise en œuvre concrète sur le terrain.

Nous vous en souhaitons bonne lecture, vous invitant à l'appropriation de ces outils et à en inventer d'autres suivant vos besoins.

Jean-Luc Harousseau
Président de la HAS

Philippe Michel
Président de la FORAP

1. Efficacité, sécurité, efficience, accès, équité, réactivité.

Sommaire

Avant-propos	3
Liste des abréviations.....	6
1. Introduction.....	7
2. Objectifs	11
3. Définition de la bientraitance	13
3.1 Contexte et objectif	13
3.2 Identification des acteurs.....	13
3.3 Identification des processus	13
3.4 Synthèse	15
4. Stratégie de promotion de la bientraitance en établissement.....	17
4.1 Les principes	17
4.2 Les points de vigilance	17
4.3 Le déploiement à partir de la CRUQPC et du CVS	18
5. Outils.....	23
5.1 Les outils d'auto-évaluation	24
« Amélioration des pratiques de bientraitance : outil d'évaluation » - ReQuA.....	24
« Regards croisés sur la bientraitance : outil d'évaluation » - Réseau QualiSanté	25
5.2 Les outils de prévention du risque de maltraitance.....	27
« Bientraitance en questions : évaluation individuelle des pratiques » - CEPPrAL.....	27
« Tableau de bord de la bientraitance : cartographie des risques » - RQS.....	27
5.3 Les outils de management	29
« La bientraitance en situations de vie : outil d'animation des équipes » - CCECQA.....	29
« Cahier des charges formation : outil d'aide à la décision » - RQS.....	31
« Les principes de bientraitance : déclinaison d'une charte » - Réseau bas-normand / ReQuA32	

Liste des abréviations

ANESM	Agence nationale d'évaluation sociale et médico-sociale
ARS	Agence régionale de santé
CCECQA	Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine
CEPPRAL	Coordination pour l'évaluation des pratiques professionnelles en santé en Rhône-Alpes
CME	Commission/conférence médicale d'établissement
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CRSA	Conférence régionale de santé et de l'autonomie
CRUQPC	Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge
CSIRMT	Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique
CVS	Conseil de vie sociale
DHOS	Direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ESPIC	Établissement de santé privé à intérêt collectif
FORAP	Fédération des organismes régionaux et territoriaux pour l'amélioration des pratiques et organisations en santé
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute Autorité de Santé
MCO	Médecine, chirurgie, obstétrique
MobiQual	Mobilisation pour la qualité des pratiques professionnelles
RBNSQ	Réseau bas-normand Santé qualité
REQUA	Réseau Qualité des établissements de santé en Franche-Comté
RSQ	Réseau Santé qualité
RQS	Réseau QualiSanté
SFGG	Société française de gériatrie et gérontologie
SRE/SRA	Structure régionale d'évaluation/structure régionale d'appui
SSR	Soins de suite et de réadaptation

1. Introduction

Émergence de la thématique de la bientraitance

Né au milieu des années 90 dans le secteur de la petite enfance², le terme de bientraitance est rapidement repris dans l'ensemble du secteur médico-social, qui travaille depuis plusieurs années sur les questions de maltraitance, notamment en institution.

Le plan douleur 2006-2010, dans son axe ciblant les personnes âgées et vulnérables, intègre une thématique bientraitance, confiée à la SFGG. En 2007, le ministère délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille lance un plan de développement de la bientraitance et de renforcement de la lutte contre la maltraitance qui se traduit notamment par la création du programme MobiQual qui est une « action nationale dont l'objectif est de soutenir l'amélioration de la qualité des pratiques professionnelles – qualité des soins et du prendre soin – en EHPAD, établissements de santé et à domicile, au bénéfice des personnes âgées et handicapées »³. Ce programme est soutenu depuis 2010 par la Caisse nationale pour l'autonomie et intègre, entre autres outils, la trousse de bientraitance. La SFGG est chargée de son déploiement et de son développement.

En 2008, l'ANESM publie une recommandation sur la bientraitance⁴ où elle affirme : « La bientraitance ne se réduit ni à l'absence de maltraitance, ni à la prévention de la maltraitance. La bientraitance, démarche volontariste, situe les intentions et les actes des professionnels dans un horizon d'amélioration continue des pratiques, tout en conservant une empreinte de vigilance incontournable, car il existe une profonde résonance entre maltraitance et bientraitance ».

En 2009, un programme bientraitance des personnes âgées accueillies en établissement est décidé par le gouvernement et la SFGG est missionnée pour la formation de l'ensemble des personnels à la bientraitance par l'intermédiaire du programme MobiQual. Une circulaire de la DHOS du 15 juillet 2009 rappelle les priorités de formation des personnels relevant de la fonction publique hospitalière : bientraitance et soins palliatifs.

Dans le champ sanitaire, le terme de bientraitance est repris par la HAS qui, suite à la publication du rapport sur la prévention de la maltraitance ordinaire⁵, a inscrit la promotion de la bientraitance dans les critères de la certification des établissements de santé.

En mai 2010, Roselyne Bachelot, alors ministre de la Santé, a déclaré lors du discours d'inauguration d'Hôpital Expo : « *Je veux promouvoir la bientraitance, c'est-à-dire la manière dont chacun est pris en charge, dans sa singularité, au moment de sa vie où il est vulnérable, dépendant de l'autre pour ses besoins les plus élémentaires. Je veux faire de la bientraitance un axe fort de ma politique* ». Dans cette dynamique, l'année 2011 est proclamée « année du patient et de ses droits » et se traduit dans un premier temps par l'organisation de trois missions dont l'une porte sur la bientraitance⁶.

Il est à noter également que la notion de bientraitance puise ses fondements dans les textes relatifs aux droits de l'homme, repris plus récemment dans la loi du 2 janvier 2002 pour le secteur médico-social et la loi du 4 mars 2002 pour le secteur sanitaire. L'une et l'autre rappellent ainsi le droit au respect de la dignité, de la confidentialité, de sa vie privée, la non-discrimination, l'accompagnement à l'autonomie, autant d'éléments sous-tendus par la bientraitance.

2. D. Rapoport, « De la reconnaissance de la « maltraitance » à l'émergence de la « bientraitance », in Enfants, adultes, vers une égalité de statuts ? Sous la direction de F. de Syngly, Universalis, 2004.

3. www.mobiquail.org

4. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM). www.anesm.sante.gouv.fr

5. Compagnon C, Ghadi V, « La maltraitance ordinaire dans les établissements de santé » HAS, 2010. www.has-sante.fr/.../etude-de-claire-compagnon-et-veronique-ghadi-la-maltraitance-ordinaire-dans-les-etablissements-de-sante.

6. Promouvoir la bientraitance dans les établissements de santé – Rapport de la mission ministérielle. Michèle Bressand, Martine Chriqui Reinecke et Michel Schmitt. La Documentation Française, 537 p ; 2011. www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports.

La bientraitance : premier thème de travail commun de la FORAP

La FORAP est la Fédération des organismes régionaux et territoriaux pour l'amélioration des pratiques et organisations en santé. Elle regroupe actuellement dix structures régionales pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques et des organisations (SRE/SRA) (**CCECQA** - comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine, **CEPPRAL** - coordination pour l'évaluation des pratiques professionnelles en santé en Rhône-Alpes, **E3P** - évaluation des pratiques professionnelles en Poitou-Charentes, **EPSILim** - expertise performance et service pour la santé en Limousin, **Evalor** - évaluation en Lorraine, **GREQUAU** - groupe régional pour la qualité en Auvergne, **ReQua** - réseau Qualité des établissements de santé en Franche-Comté, **RBNSQ** - réseau bas-normand santé qualité, **RQS** - réseau QualiSanté, **RSQ** - réseau Santé qualité). Les SRE/SRA ont dans le champ de *l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins* du secteur sanitaire et médico-social (établissements de santé, soins primaires et établissements médico-sociaux) les missions d'accompagnement des structures et professionnels de santé, d'appui et d'expertise auprès des ARS pour la mise en œuvre des politiques en matière de qualité et de sécurité des soins.

Un des objectifs de la FORAP est la mutualisation des travaux, services et actions entre ses membres adhérents. Cette volonté intègre plusieurs aspects : organisation de temps d'échanges sur des problématiques communes, mise en commun d'outils élaborés par chaque région et développement de thèmes communs.

Le premier thème commun de travail retenu est la **bientraitance**. En effet,

- Il s'agit d'une priorité de travail pour toutes les SRE représentées au sein de la FORAP.
- Ce thème répond à une préoccupation croissante des établissements de santé. Il s'agit d'un thème nouveau pour lequel peu d'outils ont été développés. Une prise de conscience a eu lieu dans le secteur sanitaire, émanant des patients et de leur famille mais aussi des professionnels eux-mêmes. Cette prise de conscience a été portée et s'est traduite notamment par une évolution des exigences de la certification des établissements de santé et l'attribution d'une mission de développement de la bientraitance aux agences régionales de santé dans la loi Hôpital patients, santé et territoires.
- La bientraitance préoccupe depuis plusieurs années les établissements médico-sociaux et constitue un thème de travail commun au sanitaire et au médico-social, très opportun dans le cadre de

l'élargissement actuel du champ de travail des SRE au médico-social.

- Les SRE étaient au début du travail à un stade équivalent d'avancement sur ce thème, c'est-à-dire au début de leur réflexion. Ainsi, leur contribution au développement de ce thème apparaissait équilibrée et les résultats et outils élaborés comme le fruit d'une réelle réflexion commune et parallèle.

Une forte implication de la HAS sur le thème de la bientraitance

Depuis plusieurs années, la HAS mène une réflexion sur le thème de la bientraitance. Elle a publié en 2010 le rapport de Véronique Ghadi et de Claire Compagnon « La maltraitance ordinaire dans les établissements de santé » et a mis à disposition des professionnels une page spécifique sur son site Internet.

L'outil sur le thème de la bientraitance est intégré au programme d'actions concertées de la HAS visant la réduction de l'usage des psychotropes chez les personnes âgées.

Par ailleurs, la bientraitance a été intégrée dans la version 2010 du manuel de la certification.

Dans le cadre du portage SRE-HAS des thématiques de la certification, la HAS a souhaité s'associer aux travaux de la FORAP et participer activement au développement de ses travaux.

Le groupe de travail FORAP-HAS

Un groupe de travail FORAP-HAS s'est constitué, composé des membres issus de six SRE adhérentes à la FORAP (CCECQA, CEPPRAL, ReQua, RBNSQ, RQS, RSQ) et de la HAS.

Son objectif est de proposer aux établissements de santé et médico-sociaux accueillant des personnes âgées des outils opérationnels d'aide au développement interne des démarches en faveur de la bientraitance.

Le travail du groupe a débuté par le recensement, auprès des établissements de santé et EHPAD de sept régions et département (Aquitaine, Basse-Normandie, Franche-Comté, Loire-Atlantique, Nord-Pas-de Calais, Picardie et Rhône-Alpes), des actions réalisées pour développer une démarche de bientraitance, ainsi que des difficultés et besoins ressentis. Ce travail a aussi mis en exergue des expériences innovantes de mise en place d'actions de bientraitance.

Ce recensement a permis d'établir un état des lieux de l'avancement des établissements de santé et EHPAD sur le thème de la bientraitance et de leurs besoins, de façon

à orienter au mieux les travaux du groupe FORAP-HAS pour la construction d'outils d'accompagnement sur ce thème.

Recensement des actions de bientraitance, difficultés et besoins ressentis par les établissements de santé et d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Les données ont été recueillies par autoquestionnaire auprès des établissements de santé et EHPAD adhérents des structures régionales d'évaluation impliquées. Un questionnaire, commun et validé au sein du groupe de travail FORAP-HAS, a été envoyé, soit par courrier, soit par mail au cours des mois de mai et juin 2010. Les établissements ciblés étaient soit l'ensemble des établissements adhérents à la structure (CCECQA, CEPPrAL, RQS44, RSQ), soit les établissements adhérents représentés au sein d'un groupe de travail régional constitué autour de la bientraitance par la SRE (ReQua, RBNSQ).

Ce bilan met en exergue l'importance de la **formation et des mises en situations** pour promouvoir la bientraitance dans les établissements. De telles actions ont en effet été mises en place de façon privilégiée par les établissements. Elles répondent de plus aux besoins exprimés pour le développement de la bientraitance, en ce qui concerne les formations tant pratiques et appliquées que théoriques.

Les besoins émis et les difficultés ressenties ont été souvent en lien avec le **manque d'outil pour les démarches évaluatives de la bientraitance**. Des outils d'auto-évaluation, des outils de repérage de cas ou des situations à risque de maltraitance, des indicateurs de suivi ont été demandés par les établissements. Leur faible accessibilité a été exprimée comme source de difficulté au développement de la bientraitance.

Les besoins exprimés font aussi état d'une **demande de partage d'expériences entre les établissements**. Au-delà de l'accompagnement à la mise en place de projet bientraitance au sein des établissements, il y a une demande de temps de retours d'expérience régionaux sous forme d'ateliers ou de groupes de travail par exemple, permettant aux professionnels d'établissements différents d'échanger sur leur pratique, leur expérience, sur les outils et les méthodes appliquées. Les SRE ont toute légitimité pour initier et coordonner ces temps.

Ce recensement met enfin clairement en évidence le lien étroit qui existe entre promotion de la **bientraitance et management**. De nombreuses actions de promotion de la bientraitance ont été de nature managériale. Des actions de gestion et d'encadrement du personnel (actions en faveur de la mobilité du personnel, organisation d'entretiens individuels ciblés, au moment de l'embauche ou non, visites et vigilance de l'encadrement), de développement d'équipe avec des stratégies spécifiques de recrutement de personnel et de spécialisation de personnel (identification d'un référent, recrutement d'animateurs, renforcement de la présence d'équipes mobiles) ou de communication, indiquent que le développement de la bientraitance ne peut se faire sans une implication forte de la hiérarchie qui transmette des messages et des valeurs clairs. Une des traductions de ces actions managériales a été l'organisation de **réunions de réflexion sur la pratique**. Des temps d'échange spécifiques à la bientraitance ont été introduits dans les staffs existants ; souvent aussi des groupes de travail spécifiques, des groupes d'échange, et autres comités de pilotage spécifiques à la bientraitance ont été mis en place. Leur point commun, au-delà du thème, était leur pluridisciplinarité. Une des actions managériales pour prévenir la maltraitance et promouvoir la bientraitance consiste ainsi à aider les équipes à prendre du recul sur leur pratique, trouver un temps d'échange et de partage, et ce de façon collégiale et pluridisciplinaire, pour retrouver tous les repères professionnels de prise en charge indispensables. Les difficultés citées au développement de la bientraitance ont été en lien avec l'impossibilité de réunir les professionnels, souvent par manque de disponibilité.

L'ensemble de ces résultats a été riche en enseignements et a permis d'orienter de façon importante les travaux du groupe de travail FORAP-HAS dans le développement de ses outils.

2. Objectifs

L'objectif du groupe Bientraitance FORAP-HAS est, au travers d'un guide opérationnel, de :

- proposer une définition opérationnelle commune de la notion de bientraitance pour les établissements de santé et médico-sociaux accueillant les personnes âgées ;
- proposer une stratégie de déploiement de la bientraitance pour les établissements de santé et médico-sociaux ;
- développer un kit d'outils soutenant les établissements de santé et médico-sociaux accueillant les personnes âgées dans le déploiement de la bientraitance.

Il ne s'agit ni d'une recommandation, ni d'un modèle imposé d'actions en faveur de la bientraitance. L'objectif est d'accompagner les établissements dans le déploiement de la bientraitance en leur donnant les outils nécessaires.

Après un travail de définition de la bientraitance, permettant à chacun de s'accorder sur le périmètre de la thématique de bientraitance, le groupe propose une stra-

tégie de déploiement de la bientraitance. Cette stratégie présente les principes fondamentaux du déploiement de la bientraitance, aide l'institution à s'organiser pour réussir dans ce déploiement et apporte ainsi quelques clés pour l'utilisation optimale des outils proposés.

Enfin, le groupe propose des outils ciblant des aspects très variés du déploiement de la bientraitance, aussi bien des outils d'auto-évaluation de la bientraitance, que de prévention du risque de maltraitance tant au niveau individuel que collectif, ou encore des outils de management. Ce kit offre un panel large d'outils complémentaires aux établissements qui peuvent l'utiliser et l'adapter en fonction de leur situation, de leur degré de développement préalable de la bientraitance, de leurs objectifs et de leurs besoins. Ces outils s'adressent prioritairement à l'ensemble des établissements de santé et certains d'entre eux sont applicables aussi aux EHPAD, en complément du programme MobiQual. Les fiches de présentation des outils donnent les informations permettant de connaître la place de chacun dans le déploiement de la bientraitance, les indications de l'utilisation de chaque outil et les détails pratiques et méthodologiques pour leur utilisation sur le terrain.

3. Définition de la bientraitance

3.1 Contexte et objectif

La posture de bientraitance est définie par l'ANESM comme « une manière d'être, d'agir et de dire, soucieuse de l'autre, réactive à ses besoins et à ses demandes, respectueuse de ses choix et de ses refus ». Thématique émergente de la certification V2010 de la HAS, ce concept du « prendre soin », s'étendant au-delà des seuls aspects techniques, prend tout son sens en établissement sanitaire.

Dès juin 2010, un groupe de travail de 21 établissements, pluriprofessionnel, pluri filière (MCO, HAD, SSR, EHPAD) et plurisectoriel (privés, publics, ESPIC ou autres établissements sanitaires et médico-sociaux privés non lucratifs), du réseau QualiSanté s'est constitué avec comme objectif l'élaboration d'une méthodologie commune d'appropriation de la notion de bientraitance. Sous l'impulsion de la réflexion et de l'état des lieux menés par le groupe de travail FORAP-HAS Bientraitance, la première partie des travaux s'est axée sur l'approche de la définition opérationnelle de la bientraitance. Ces derniers ont fait l'objet d'un partage au sein du groupe de travail FORAP-HAS Bientraitance pour compléments et ajustements.

3.2 Identification des acteurs

Les acteurs de la bientraitance sont **le professionnel, l'établissement l'institution ainsi que le patient et son entourage**. La bientraitance est donc multifactorielle et nécessite une vision globale de la prise en charge au-delà de l'acte technique et de la posture professionnelle. Centrée sur le patient, la bientraitance est le miroir de l'équilibre entre qualité souhaitée et attendue et qualité délivrée et ressentie.

L'importance de la communication et des interfaces entre l'ensemble des professionnels a été mise en avant. L'accompagnement par le questionnement, la sensibilisation, la formation sont indispensables pour les équipes. En outre, la bientraitance ne peut pas être le contraire stricto

sensu de la maltraitance mais doit promouvoir le respect des droits et libertés du patient, du résident, son écoute et ses besoins, tout en prévenant la maltraitance. Ce n'est pas une démarche d'individualisation mais la prise en charge personnalisée du patient, du résident. L'institution et le management ont un rôle essentiel à jouer dans la promotion de la bientraitance.

En conclusion, le management, l'institution et le professionnel agissent sur la bientraitance du patient, de l'usager. Le patient, l'usager et son entourage favorisent la bientraitance par leur implication dans la prise en charge. L'ensemble des acteurs favorise la bientraitance par leurs interactions favorables.

3.3 Identification des processus

Le professionnel favorise la bientraitance par la mobilisation de ses savoirs (ses connaissances), son savoir-être (sa posture professionnelle, son humanisme), et son savoir-faire (ses compétences). Le savoir-être contribue au climat de confiance, au respect et à l'écoute du patient, de l'usager. Le savoir-faire se décline tout au long de la prise en charge du patient, de l'usager, de l'admission à la sortie (voir Figure 1).

Le management, la hiérarchie au niveau de l'institution favorisent la bientraitance du patient par l'intégration de cette dimension dans l'ensemble de ses processus dont le processus de pilotage et de support. Le processus de pilotage se définit dans le management et l'amélioration de la qualité et la gestion des risques. Les processus de support intègrent la gestion des ressources humaines, la gestion du système d'information, l'hôtellerie, les achats-approvisionnements médicaux, l'hygiène, la sécurité-maintenance ainsi que la logistique (voir Figure 2).

L'entourage et le patient favorisent la bientraitance par leur participation à la prise en charge du patient et à la vie de l'institution dans le respect des choix et refus du patient (voir Figure 3).

Figure 1

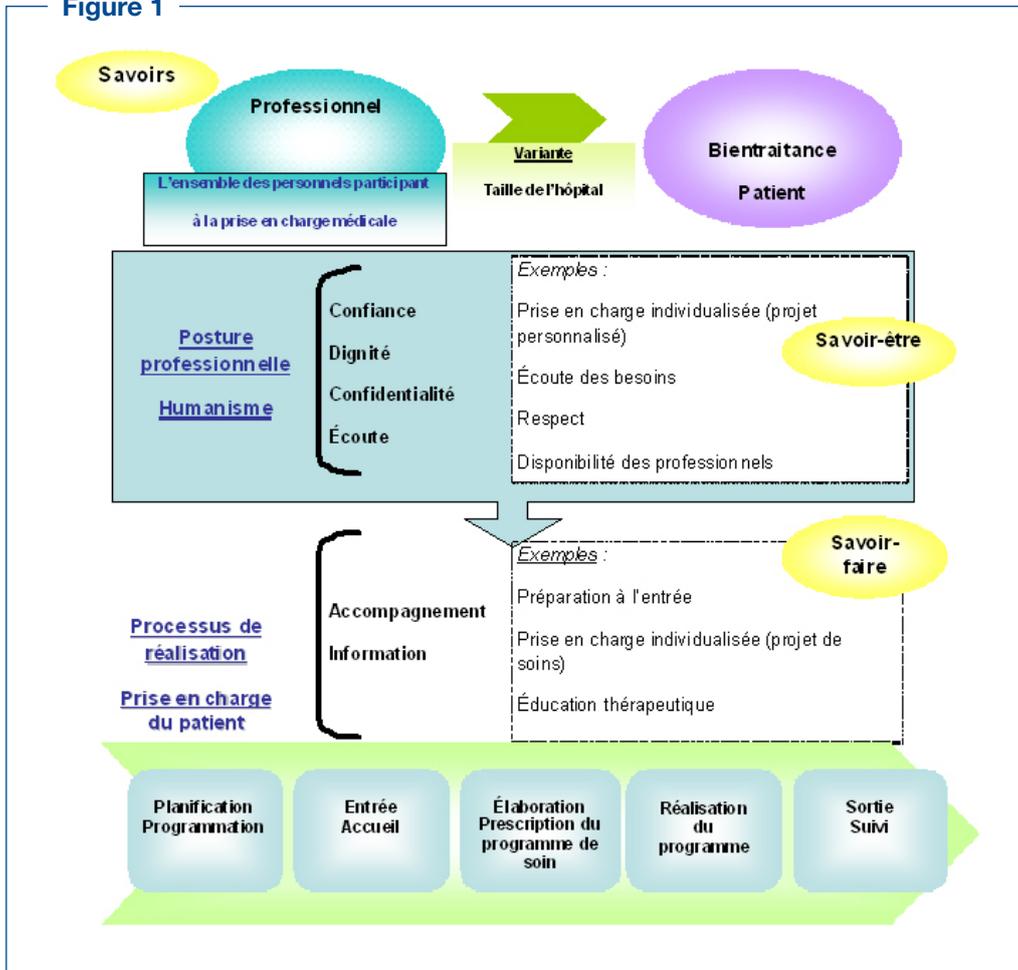


Figure 2

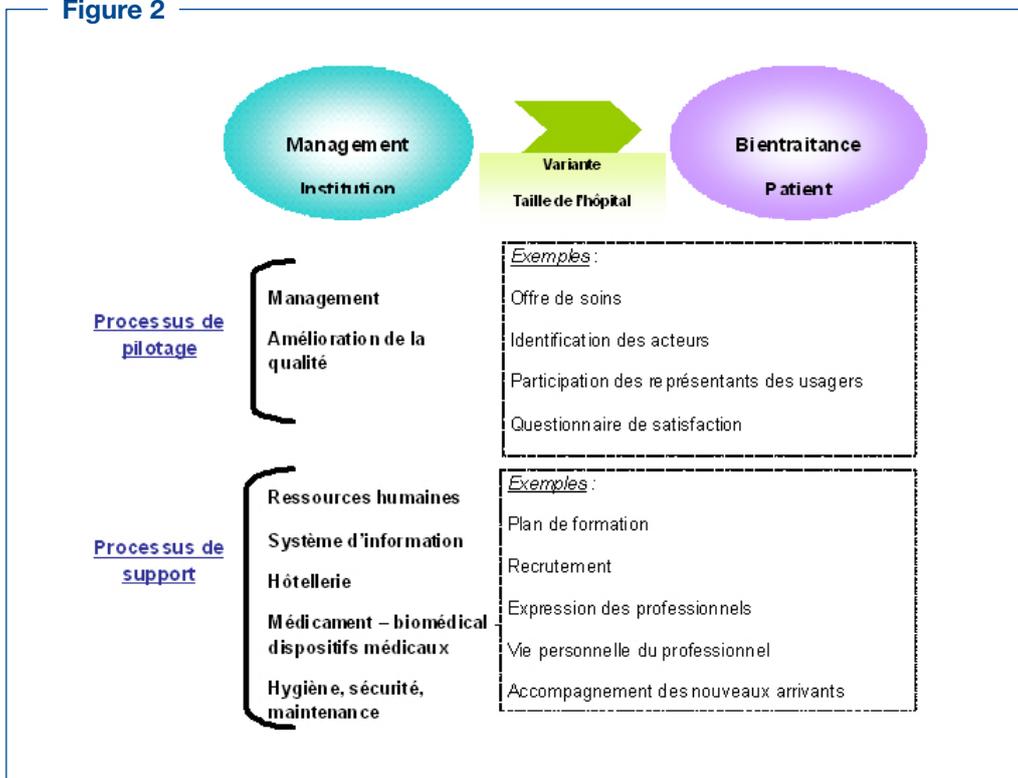
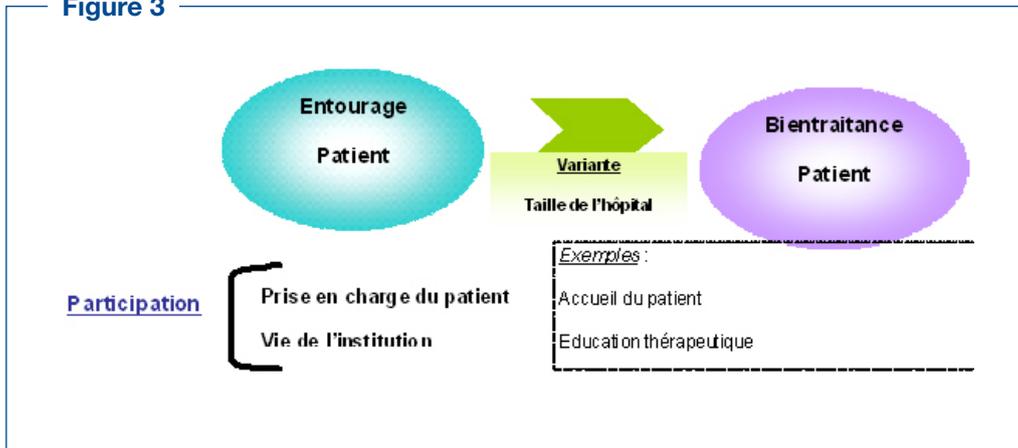


Figure 3



3.4 Synthèse

La bienveillance est une démarche globale dans la prise en charge du patient, de l'usager et de l'accueil de l'entourage visant à promouvoir le respect des droits et libertés du patient, de l'usager, son écoute et ses besoins, tout en prévenant la maltraitance.

Cette démarche globale met en exergue le rôle et les interactions entre différents acteurs que sont le professionnel, l'institution, l'entourage et le patient, l'usager. Elle nécessite un questionnement tant individuel que collectif de la part des acteurs.

Le professionnel favorise la bienveillance par la mobilisation de ses savoirs (ses connaissances), son savoir-être (sa posture professionnelle et son humanisme) et son savoir-faire. Le savoir-être contribue au climat de confiance, au respect et à l'écoute du patient, de l'usager. Le savoir-faire se décline tout au long de la prise en charge du patient, du résident : de l'admission à la sortie.

L'institution favorise la bienveillance du patient, de l'usager, par l'intégration de cette dimension dans l'ensemble de ses processus dont les processus de pilotage et de support. Le processus de pilotage se définit dans le management et l'amélioration de la qualité et la gestion des risques.

Les processus de support intègrent la gestion des ressources humaines, la gestion du système d'information, l'hôtellerie, les achats-approvisionnements médicaux, l'hygiène, la sécurité-maintenance ainsi que la logistique.

La bienveillance de l'usager passe par sa participation et celle de son entourage aux soins et à son implication dans la vie de l'institution. La participation des proches aux soins et à l'accompagnement du patient ou du résident se fait dans le respect de ses choix et de son éventuel refus.

L'ensemble des acteurs favorise la bienveillance par leurs interactions⁸.

8. ¹ La bienveillance : définition et repères pour la mise en œuvre – Anesm – Juillet 2008.

^{II} Manuel de certification V2010 – Haute Autorité de Santé – référence 10.a. « Prévention de la maltraitance et promotion de la bienveillance ».

^{III} Bienveillance – Groupe de travail FORAP-HAS – État des lieux dans 6 régions françaises – annexe du rapport ministériel « La Bienveillance à l'hôpital ».

^{IV} N Pech ; Bienveillance et éthique du care... similitudes et différences autour d'une recension des écrits scientifiques ; recherche en soins infirmiers ; juin 2011 ; 105 ; p.5

^V Quelques fondamentaux pour cerner le concept de bienveillance ; La revue de l'infirmière ; novembre 2009 ; n° 155.

^{VI} C Deliot ; A Caria ; C Boiteux ; Enjeux de la diffusion des notions de bienveillance et de maltraitance ; « expériences » ; Gestion Hospitalière ; décembre 2009 ; 596

^{VII} Étude sur la base de témoignages « La maltraitance ordinaire » - Véronique Ghadi et Claire Compagnon - 2009.

^{VIII} Outil « Bienveillance » du programme MobiQual (mobilisation pour l'amélioration de la qualité des pratiques professionnelles) Société française de gériatrie et gérontologie. Avec le soutien de la CNSA au titre de sa contribution au développement de la qualité des établissements médico-sociaux.

4. Stratégie de promotion de la bientraitance en établissement

La promotion de la bientraitance doit s'inscrire dans une démarche cohérente, transversale à l'établissement et appropriée par chaque professionnel. Les éléments qui suivent ont pour objet de proposer cette vision globale au sein de laquelle viendront s'incrémenter les outils construits par les structures régionales d'appui et d'évaluation de la FORAP.

4.1 Les principes

- **Promouvoir la bientraitance implique une mobilisation de l'ensemble de l'établissement**

Cette mobilisation doit se déployer dans les services et les unités, mais également au niveau des instances de gouvernance et de la direction. La bientraitance est un projet collectif et transversal qui doit impliquer tous les professionnels soignants, administratifs et logistiques en lien avec les usagers. Cela relève donc de la politique de l'établissement et à ce titre doit figurer dans les valeurs affichées et se décliner en principe et en actions dans le projet d'établissement. Si la mobilisation doit se réaliser à tous les niveaux de l'établissement, son absence ne doit pas être un obstacle pour démarrer, au sein d'une unité, la mise en place d'actions.

- **Déployer une politique de bientraitance s'inscrit dans un changement culturel**

Ce changement culturel impacte les organisations, les pratiques, les attitudes. Il s'agit d'une remise en question constante de ses pratiques professionnelles quelle que soit sa place dans l'institution. Cette remise en question implique un travail collectif, des approches interprofessionnelles et une ouverture sur l'extérieur. La bientraitance n'est jamais acquise, c'est un stade vers lequel on tend afin d'écouter et entendre l'autre et soi-même. Ce changement culturel ne s'opérera que si tous les niveaux de l'établissement et toutes les instances s'en saisissent et l'intègrent dans leur projet.

- **S'inscrire dans une démarche de bientraitance implique d'associer les personnes malades et leurs proches**

Outre la bienveillance et la qualité humaine de la relation, il s'agit également de promouvoir leur autonomie, c'est-à-dire la capacité des personnes à décider pour elles-mêmes et à faire connaître leurs préférences. Or le risque de résurgence du paternalisme n'est jamais loin. Il est donc indispensable de construire ces actions, ces réflexions, en lien avec des usagers de l'établissement et ses représentants. La bientraitance se construit dans l'intersubjectivité, celle des soignants, celle des patients, des résidents et de leurs proches. La capacité d'expression de ces derniers reste la meilleure indication pour évaluer une prise en charge bientraitante : écouter et entendre ces derniers devient alors le cœur de la mise en œuvre de la bientraitance.

4.2 Les points de vigilance

Spontanément, les professionnels souhaitent être bien traités. Les pratiques ou organisations maltraitantes se développent parce que les professionnels ne le perçoivent pas, n'en ont pas conscience ou s'ils en ont conscience, ils en souffrent.

Déployer une politique de bientraitance, inciter les professionnels et les collectifs de travail à s'interroger sur les pratiques, promouvoir la notion de bientraitance a toutes les chances de susciter chez les professionnels des prises de conscience ou de révéler des situations intolérables : la hiérarchie doit alors être préparée à réagir et à agir. Le pire serait de susciter la prise de parole et de ne rien en faire ensuite.

De même, cela peut aboutir à une remise en question des niveaux hiérarchiques : il peut y avoir des divergences entre les positions des uns et des autres et au final des incompréhensions de part et d'autre.

Ainsi, il est nécessaire de ne pas réduire la réflexion sur les pratiques des professionnels en lien avec les patients, au risque de les stigmatiser, sans s'intéresser à la responsabilité de la hiérarchie et du management. Cela pourrait s'avérer totalement contre-productif, renforçant le sentiment d'impuissance des uns et des autres.

Le lien entre politique de bientraitance et implication du management est étroit. Il est évident que pour toute politique mise en œuvre dans un établissement, le management se doit d'être impliqué. Mais concernant la bientraitance, la relation va plus loin : le personnel sera en capacité d'être bientraitant, si lui-même se sent bien traité par l'institution, s'il se sent sécurisé, entendu et soutenu par sa hiérarchie.

Enfin, parler de bientraitance ne doit pas pour autant faire l'impasse sur les situations de maltraitance. Il est nécessaire d'anticiper ces situations afin de permettre aux équipes de réagir et de rebondir. Faire l'impasse sur la notion de maltraitance peut être source de souffrance pour les équipes qui y sont confrontées, cela renforce la force du déni.

4.3 Le déploiement à partir de la CRUQPC et du CVS

La bientraitance implique de décentrer les pratiques et les organisations pour repartir des attentes, des besoins des personnes accueillies dans les établissements de santé et médico-sociaux accueillant les personnes âgées. Il est donc essentiel de mener ces réflexions en lien avec les personnes et instances qui les représentent, c'est pourquoi le parti pris par la HAS et la FORAP est de proposer le déploiement d'une politique de promotion de la bientraitance à partir de l'implication de la CRUQPC ou du CVS.

Le guide concerne essentiellement les établissements, néanmoins tout ce qui est énoncé dans ce chapitre s'applique également aux services dans le champ médico-social.

Par ailleurs, ce qui est proposé ci-après peut être initié par d'autres instances, telles que la CME ou la CSIRMT, les comités d'éthique lorsqu'ils existent ou d'autres types d'acteurs, notamment au niveau des pôles. Si cette impli-

cation première de la CRUQPC ou du CVS est la condition pour penser autrement la place de l'usager dans ses soins et dans le projet de l'institution, l'articulation doit être d'emblée pensée avec la CME, la CSIRMT, le comité technique d'établissement et le comité d'éthique. L'enjeu est d'impulser une dynamique pluriprofessionnelle.

Ce chapitre a vocation à proposer des pistes d'action de ces instances dans le cadre de leurs missions réglementaires respectives :

- « veille au respect des droits des usagers et contribue à l'amélioration de la qualité de l'accueil des personnes malades et de leurs proches et de la prise en charge »⁹ pour la CRUQPC ;
- « donne son avis et peut faire des propositions sur toute question intéressant le fonctionnement de l'établissement ou du service, notamment sur l'organisation intérieure et la vie quotidienne, les activités, l'animation socioculturelle et les services thérapeutiques, les projets de travaux et d'équipements, la nature et le prix des services rendus, l'affectation des locaux collectifs, l'entretien des locaux, les relogements prévus en cas de travaux ou de fermeture, l'animation de la vie institutionnelle et les mesures prises pour favoriser les relations entre ces participants ainsi que les modifications substantielles touchant aux conditions de prises en charge »¹⁰ pour le CVS.

Les missions de ces instances ne se recouvrent pas totalement. Ainsi, les réclamations individuelles sont traitées par la CRUQPC dans le champ sanitaire, elles sont recueillies et traitées au niveau départemental par les personnes qualifiées nommées par le conseil général, l'ARS et le préfet de département dans le champ médico-social.

D'autres points expliquent des modalités différentes de fonctionnement de ces deux instances : dans les CRUQPC, siègent des représentants des usagers issus d'associations agréées et nommés par le préfet ; dans les CVS, siègent des usagers de la structure en tant que telle ou leurs proches, tous élus par leurs pairs.

Cependant, l'esprit de la loi ayant prévalu à leur mise en place est de même nature : donner un espace à la prise de parole des personnes hospitalisées, des usagers et de leurs proches et faire en sorte que cela ait un impact sur la politique de la structure.

9. Décret n° 2005-213 du 2 mars 2005 relatif à la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge et modifiant le Code de la santé publique (partie réglementaire).

10. Décret n° 2004-287 du 24 mars 2004 relatif au conseil de la vie sociale et aux autres formes de participation institués à l'article L. 311-6 du Code de l'action sociale et des familles.

Au niveau d'un établissement ou d'une structure, la politique de bientraitance doit se déployer avec l'implication réelle de ces deux instances, cela sous-entend que leur fonctionnement est effectif : les réunions sont régulières, les représentants des usagers ou les élus des résidents sont présents et leur participation active facilitée, le lien avec les autres instances de l'établissement est assuré.

Les pistes proposées s'inscrivent dans le cadre d'un développement sur un moyen-long terme, prenant en compte le niveau de maturité des instances et leur évolution.

À cet effet, le soutien de la direction est prépondérant.

Pour plus d'information sur les règles légales et le fonctionnement pratique de ces instances, il est possible de se référer à divers documents produits par des institutions ou des associations¹¹ visant à promouvoir et faciliter le fonctionnement de ces instances.

Cela étant posé, comment ces instances peuvent-elles impulser et promouvoir et porter une politique de bientraitance ? Cela passe par trois temps : poser le diagnostic ; agir ; évaluer.

4.3.1 Poser un diagnostic

Il s'agit de recueillir des données de nature qualitative ou quantitative qui permettront à la CRUQPC ou au CVS de poser un regard sur les questions de maltraitance/bientraitance dans l'établissement.

En fonction de la taille de l'établissement, selon qu'il s'agit d'une CRUQPC ou d'un CVS, les pistes proposées ci-après seront plus ou moins possibles. Il faut néanmoins toujours en retenir le principe pour envisager une possible application dans la structure concernée. Cela pourra notamment passer par des commissions thématiques mises en place sous l'égide du CVS dans les établissements médico-sociaux.

- **Recueillir le récit du quotidien des personnes hospitalisées ou des résidents**

Il s'agit de permettre une parole libre et non orientée qui sera ensuite analysée par les membres de la CRUQPC ou du CVS sur les points forts et les points faibles de l'expérience des personnes.

Ces récits peuvent être recueillis lors de focus groups organisés par des professionnels extérieurs au service qui accueillent les usagers : des professionnels qui présentent une certaine neutralité et qui aient des compétences d'animation de groupe. Cela peut également être un membre

de la CRUQPC/du CVS, notamment les usagers. Quoi qu'il en soit, l'animateur pressenti doit avoir été formé au préalable à cet exercice. Pour que les CVS et CRUQPC jouent ce rôle de recueil et d'écoute de la parole des usagers, il faut qu'ils soient connus et identifiés au sein des structures. Un trombinoscope des élus au CVS ou la mise à disposition des coordonnées des élus au CVS et des représentants des usagers à la CRUQPC sont des pistes pour faciliter leur connaissance auprès de l'ensemble des usagers.

Les bénévoles des associations qui interviennent dans les services, quand il y en a, peuvent être de bons vecteurs de ces témoignages. Ils sont des interlocuteurs différents des soignants auprès de qui les usagers vont se confier sur des dimensions spécifiques. Cela nécessite néanmoins qu'un projet soit formalisé, qu'ils acceptent d'y participer et que le référent associatif les soutienne dans cette démarche et notamment organise une réflexion collective autour de ce qu'ils doivent observer et peuvent rapporter.

Énoncer des dysfonctionnements, des situations mal vécues, n'est pas facile pour tous, et l'empathie souvent éprouvée par les usagers envers les professionnels est un obstacle à la mise en mots (ou maux) de ces difficultés. C'est la raison pour laquelle l'intervention d'un tiers, extérieur à la personne concernée et aux professionnels qui la prennent en charge ou l'accompagnent, favorise l'expression de chacun sur les points de satisfaction et contribue à construire une relation de confiance.

- **Passer d'un traitement individuel ou singulier des réclamations à une analyse systémique**

Dans les établissements de santé, le traitement des réclamations individuelles fait partie des missions de la CRUQPC qui dispose ainsi d'une source d'information sur les dysfonctionnements existants. Au-delà de la résolution individuelle des motifs de plaintes, une relecture de l'ensemble des plaintes afin d'en repérer les récurrences,

11. La boîte à outil du CVS d'AgeVillage - www.agevillage.com/sousTheme-287-La-boite-a-outils-du-CVS.html. La RBPP de l'ANESM sur la vie sociale en EHPAD - www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Anesm_06_QDV3_CS4_web.pdf. Le guide de la DGOS sur la gestion des plaintes et des réclamations - sante.gouv.fr/plaintes-et-reclamations-dans-les-etablissements-de-sante-un-levier-pour-ameliorer-la-prise-en-charge-des-usagers.4056.html. Le guide du CISS sur la CRUQPC : http://www.leciss.org/sites/default/files/publications_documents/110329_CISS_GuideRuCruqpc.pdf.

les déterminants, est un exercice qui permet de poser un diagnostic global et partagé.

C'est d'ailleurs à cette seule condition de montée en généralité que l'analyse des réclamations alimentera la politique qualité globale de l'établissement de santé.

Dans le champ médico-social, les réclamations individuelles sont adressées aux personnes qualifiées nommées au niveau départemental par le conseil général, l'ARS et le préfet de département ; ces personnes sont chargées de leur traitement, des réponses à apporter. Les représentants du CVS peuvent se rapprocher des personnes qualifiées pour bénéficier d'un retour sur les motifs de plaintes, comme indice de possibles dysfonctionnements au niveau de leur structure.

Par ailleurs, au niveau des structures elles-mêmes, il est possible pour les usagers de constituer une plainte collective qui elle relèvera alors du CVS directement sans passer par la personne qualifiée.

Quelle que soit l'hypothèse, l'intérêt réside dans l'abord collectif de ces réclamations pour poser un regard sur les pratiques de bientraitance et les situations possibles de maltraitance.

- **Réaliser des enquêtes spécifiques sur certains sujets**

Des enquêtes auprès des personnes hospitalisées ou des usagers.

Dans le champ sanitaire, les ordonnances d'avril 1996 portant réforme hospitalière ont instauré les enquêtes de satisfaction et le questionnaire de sortie. Plus récemment, un indicateur de mesure de la satisfaction des patients hospitalisés a été généralisé à l'ensemble des établissements de santé, publics et privés, exerçant une activité de médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO), avec un caractère de recueil obligatoire à partir de 2012.

Dans le secteur médico-social, la loi de 2002 a consacré le principe des enquêtes de satisfaction et autres modes de recueil de la parole des usagers : boîte à idées, commissions thématiques, groupe d'expression etc.

Il s'agit donc de se saisir de ces opportunités que ce soit dans le champ sanitaire ou médico-social pour aller au-delà de l'obligation légale et de mener des enquêtes ciblées sur certains sujets qui permettent d'approfondir divers thèmes tels que l'accueil de l'entourage, le respect de la dignité, l'accompagnement de fin de vie, les modalités d'information des personnes, la prise en charge de la

douleur, la qualité de l'hébergement, le développement de lien social, etc.

Ces enquêtes peuvent être quantitatives, réalisées au moyen de questionnaires distribués aux personnes hospitalisées, aux résidents, aux proches. Il est pertinent d'interroger à la fois les usagers et leur entourage tout en distinguant leurs avis : ils peuvent être divergents en raison d'attentes différentes.

Il est certainement plus pertinent de promouvoir des observations sur le terrain : observation de zones à risque telles que les urgences ou les examens radiologiques, des actes à risque tels que la contention.

Plus généralement, ces observations doivent permettre de capter des moments de la vie quotidienne. C'est en effet dans chaque acte d'accompagnement et de soutien que les pratiques vont s'inscrire ou non dans la bientraitance : au moment de la toilette, au moment du réveil, que ce ne soient pas toujours les mêmes qui soient levés de bonne heure, dans l'aide apportée à l'habillement, le respect du choix des vêtements, au moment des repas, avec le souci ou non que les plateaux-repas soient déposés près des usagers, que leur viande soit coupée si besoin, etc.

Ces observations doivent être faites par des tiers, des représentants associatifs, des représentants des usagers, des professionnels extérieurs au service, à la condition évidente que les usagers aient donné leur accord auparavant. L'idéal est de permettre des observations croisées par des binômes professionnels/non-professionnels. Pour ce faire, une grille d'observation simple peut être réalisée au sein de la CRUQPC et du CVS en s'adjoignant les compétences nécessaires.

Certaines situations se prêtent peu à l'observation par un tiers, telle la réalisation de la toilette, le besoin d'intimité étant primordial. D'autres méthodes doivent alors être envisagées¹².

De fait, toute intervention des bénévoles associatifs, des représentants des usagers, ne peut se construire que dans le cadre d'un projet aux intentions spécifiées par des objectifs opérationnels et porté par la CRUQPC ou le CVS et la direction. Les professionnels de santé auront été au préalable informés et sensibilisés au fait qu'il ne s'agit pas d'un contrôle mais de l'opportunité de réfléchir ensuite sur leurs propres pratiques, sur le fonctionnement et l'organisation de la structure.

Il reste que les représentants des usagers, dans les établissements de santé, devraient être encouragés à faire

12. Par exemple, les membres de la CRUQPC et du CVS peuvent proposer aux soignants en charge des toilettes de construire avec eux des grilles d'observation qui seront utilisées par les professionnels eux-mêmes organisés en binômes. Les résultats de l'observation peuvent ensuite être co-analysés entre les professionnels et les représentants des usagers.

régulièrement des observations dans certains endroits critiques comme les urgences ou les salles d'attente des consultations.

De manière plus générale, il convient de rappeler que les instances ont des marges de manœuvre dont elles doivent se saisir pour répondre au mieux à leurs missions.

Des enquêtes auprès des professionnels.

Il est essentiel de croiser les regards sur les situations et pratiques de maltraitance/bienveillance. Il est donc légitime que des instances comme la CRUQPC ou le CVS soient à l'initiative d'enquêtes sur la perception des professionnels. À cet effet, les outils d'évaluation « [Regards croisés sur la bienveillance](#) » ou « [Amélioration des pratiques de bienveillance](#) » proposés dans ce guide sont tout à fait appropriés.

- **Repérer les indicateurs ou critères qui informent sur certains aspects et les mettre en débat**

Les dimensions liées à la bienveillance sont multiples et certaines d'entre elles font l'objet d'indicateurs, reflets de certaines situations. On peut penser à l'indicateur sur la traçabilité de la douleur, ou sur le suivi de consommation des protections pour personnes âgées.

L'enjeu est d'aller au-delà d'un simple résultat et de se saisir de ces derniers pour engager les échanges autour d'une difficulté a priori identifiée. Ce sont les enseignements de cet échange qui permettront de nourrir le diagnostic et d'engager d'éventuelles actions d'amélioration.

Enfin, certains indicateurs peuvent être construits spécifiquement pour une action pour un établissement avec les représentants des usagers ou les élus des résidents, s'assurant ainsi du recueil du point de vue des personnes accueillies. Dans les lieux accueillant des personnes au long cours (USLD, SSR, psychiatrie, médico-social), ces dernières devraient être impliquées dans la construction d'indicateurs dans le cadre de groupes de travail ad hoc.

- **Rassembler les documents et informations liés au fonctionnement de l'établissement**

Les documents produits par l'établissement, par les services, sont révélateurs de la politique générale de l'établissement.

Pour ce qui concerne le secteur hospitalier :

1. le règlement intérieur qui fixe les règles de visite des proches, en général, en pédiatrie avec la présence des frères et sœurs ;
2. les documents d'information ;
3. le règlement de la chambre funéraire/mortuaire ;
4. la mise en place de programme d'ETP.

Pour ce qui concerne le secteur médico-social :

1. le règlement de fonctionnement ;
2. le projet d'établissement ;
3. les documents personnalisés établis pour chaque usager (contrat de séjour, projet personnalisé).

Pour le secteur médico-social, le niveau d'implication des CVS dans l'élaboration du règlement de fonctionnement et du projet d'établissement, pour lesquels ils doivent obligatoirement être consultés, constitue un autre indicateur.

En conclusion, à partir de ces divers éléments rassemblés, la CRUQPC ou le CVS peuvent synthétiser l'ensemble de ces données dans une cartographie des risques, grâce à l'outil « Tableau de bord de la bienveillance : cartographie des risques » proposé ci-après dans le guide.

4.3.2 Construire l'action

Une fois le diagnostic posé, la CRUQPC et le CVS doivent impulser des actions de sensibilisation des professionnels, d'amélioration des pratiques et des organisations. Ces actions peuvent prendre des formes différentes.

- **Construire/renforcer la collaboration entre usagers et professionnels**

Toute action permettant de légitimer le rôle des associations, des élus des résidents et des représentants des usagers, renforce le point de vue des usagers et constitue une avancée vers la bienveillance. Le meilleur moyen est de permettre aux usagers d'être porteurs de projets et qu'ils soient missionnés par la CRUQPC ou le CVS pour des actions spécifiques.

La collaboration entre usagers et professionnels se construit aussi dans le cadre de formations communes qui permettent de mieux appréhender la situation et la position de l'autre, et de partager un socle commun de connaissance. Une formation commune de l'ensemble des membres de la CRUQPC et du CVS sur la bienveillance constituerait à cet effet un socle important pour analyser les éléments recueillis et décliner des actions dans l'établissement.

- **Porter le débat et les échanges dans les services**

Il est essentiel que la CRUQPC qui peut paraître parfois éloignée du quotidien des services, notamment, se déplace dans les services et prenne ainsi une part active au déploiement de la bienveillance. Les élus des usagers siégeant dans les CVS de services à domicile doivent pouvoir faire le lien avec l'ensemble des usagers et des professionnels autres que ceux intervenant à domicile.

Selon l'instance, plusieurs perspectives sont possibles.

Dans le cadre des CRUQPC spécifiquement :

1. former les professionnels des services sur les questions de bientraitance, si les membres de ces instances ont eux-mêmes été formés au préalable ;
2. analyser avec les professionnels une situation spécifique, liée à un événement indésirable, à une réclamation dans le champ sanitaire ;

Dans le cadre du CVS ou de la CRUQPC, impulser une réflexion et construire des pistes d'actions partagées à partir de dialogue sur des difficultés plus récurrentes dans le champ sanitaire et médico-social.

Il est particulièrement indiqué que ces échanges puissent se construire également à partir de situations identifiées par les professionnels. L'outil « [La bientraitance en situations de vie : outil d'animation des équipes](#) » proposé par le guide peut être un soutien à ces échanges.

- **Organiser régulièrement des points spécifiques sur la question**

Il convient de prévoir régulièrement un point sur la thématique à l'ordre du jour de la CRUQPC et du CVS, a minima dans son articulation avec une commission ou un comité « bientraitance ». Ces temps permettront de proposer des orientations et des actions, de les organiser, de les suivre et de les évaluer.

- **Impulser ou relayer une réflexion institutionnelle**

Il est dans les prérogatives de la CRUQPC et du CVS de lancer une prise de conscience et une mobilisation de l'ensemble de l'établissement. Ainsi une réflexion autour d'une charte « [Les principes de bientraitance : déclinaison d'une charte](#) » peut avoir du sens : comment favoriser son appropriation, sa déclinaison. Ces instances peuvent donc être dans l'animation de la réflexion institutionnelle sur le sujet.

De même, il serait pertinent que le programme de formation soit co-construit avec ces instances et les DRH et directions de soins.

Un outil proposé dans le guide se présente comme une aide à la décision qui pourra soutenir ces échanges entre les services concernés et les instances : « [Cahier des charges formation : outil d'aide à la décision](#) ».

Néanmoins, il convient de rappeler que dans le secteur associatif médico-social, cette réflexion est encadrée par l'association elle-même (politique générale, rédaction d'une charte, suivi de la mise en application, programme de formation, etc.), les professionnels des structures doivent ensuite s'en saisir. Il est souhaitable que le CVS

soit impliqué dans le déploiement de cette politique générale au niveau de la structure.

4.3.3 Évaluer

Comme pour toute politique et actions lancées, il est nécessaire d'en évaluer les effets afin de pouvoir réorienter les actions mises en place. Ces évaluations s'appuieront sur :

- un suivi des témoignages des patients, le recueil de leur satisfaction ;
- un échange avec les professionnels sur les apports de ces actions de leur point de vue et un recueil de leur satisfaction ;
- l'analyse comparée dans le temps des comptes rendus de réunions de CRUQPC et CVS.

La mise en œuvre d'un nouveau diagnostic est appropriée.

4.3.4 Pour aller plus loin, penser le territoire

Des données existent dorénavant au niveau régional via les ARS et les CRSA. Il est donc utile de s'articuler avec les structures régionales :

- la commission spécialisée « droit des usagers » de la CRSA ;
- le référent bientraitance de l'ARS ;
- les personnes qualifiées nommées au niveau départemental qui sont en charge des plaintes individuelles des usagers des structures médico-sociales.

Enfin, les formations des CRUQPC et CVS sur la bientraitance auraient intérêt à pouvoir être pensées au niveau du territoire. De même, une mise en réseau de ces instances pour confronter leur point de vue et pouvoir aborder la question du parcours des personnes serait innovante et particulièrement pertinente.

5. Outils

Titre de l'outil	SRE	Objectif	Cible
Amélioration des pratiques de bien-être : outil d'évaluation	REQUA	Évaluation des pratiques professionnelles avec un volet individuel et un volet institutionnel	USLD – EHPAD
Regards croisés sur la bien-être : outil d'évaluation	RQS	Évaluation des pratiques professionnelles avec un volet individuel et un volet institutionnel	Établissements de santé
La bien-être en questions : évaluation individuelle des pratiques	CEPPRAL	Auto-évaluation des pratiques professionnelles	Soignants
Tableau de bord de la bien-être : cartographie des risques	RSQ	Repérage et prévention des risques de maltraitance	Établissements de santé - EHPAD
La bien-être en situations de vie : outil d'animation des équipes	CCECQA	Sensibilisation et animation d'équipe autour de la bien-être	Équipes en établissements de santé
Cahier des charges formation : outil d'aide à la décision	RQS	Construire un cahier des charges pour formation qui s'inscrit dans le projet bien-être de l'établissement	Service formation établissements de santé +/- EHPAD
Les principes de bien-être : déclinaison d'une charte	RBNSQ	Sensibiliser les professionnels à la thématique de la bien-être	Établissements de santé – EHPAD

5.1 Les outils d'auto-évaluation

« Amélioration des pratiques de bientraitance : outil d'évaluation » - ReQuA

Place de l'outil dans le déploiement de la bientraitance

L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) peut être proposée en première intention pour la mise en place d'une démarche de déploiement de la bientraitance dans un établissement.

But

L'objectif du projet est d'évaluer le déploiement de la bientraitance de la part des professionnels, envers toute personne admise en établissement sanitaire ou médico-social.

Le but de cette évaluation n'est pas de réaliser une revue exhaustive du déploiement de la bientraitance. Il s'agit de faire un état des lieux tout en mettant les professionnels en éveil sur certaines questions afin de permettre le maximum d'interrogations personnelles et d'échanges.

Cible et périmètre - professionnels concernés

L'EPP « Amélioration des pratiques de bientraitance » s'adresse à **tous les professionnels**, en **établissements sanitaires ou encore en structures médico-sociales amenées à accueillir des personnes âgées**.

Principe d'utilisation

Le principe d'utilisation au sein d'un établissement est d'emblée de fédérer un maximum de personnes autour du thème de la bientraitance. La réalisation d'une EPP apparaît particulièrement mobilisatrice, dans la mesure où chacun est concerné.

La réalisation de l'EPP repose sur le remplissage de deux questionnaires : un questionnaire établissement qui consiste en une évaluation des pratiques institutionnelles et un questionnaire individuel renseigné par les professionnels désireux de s'évaluer.

Le questionnaire institutionnel : évalue le déploiement de la bientraitance dans l'établissement. Il est destiné à réaliser un état des lieux pour permettre, par la suite, une amélioration des pratiques. Il fait le choix de se centrer sur

l'accueil du patient/résident et son évaluation initiale car ces deux temps conditionnent pour une grande partie la qualité du séjour ou selon le cas, du passage de la vie individuelle à la vie institutionnelle. Dans ces phases initiales d'accueil, l'enjeu est de savoir comment l'établissement tente d'associer le patient ou le résident, à son projet de soins (de vie), faisant de lui un véritable interlocuteur.

L'auto-évaluation individuelle des pratiques : permet une approche évaluative par réponses à des questions fermées. Cette approche permet à chacun de se poser des questions par rapport à ses pratiques quotidiennes, qu'il est susceptible de prodiguer dans chacune de ses actions tant auprès des plus vulnérables que de ses collègues.

L'option de la simplicité du choix de réponses a été retenue afin de tenter de mobiliser au mieux les professionnels. **Les réponses OUI n'appellent que des souvenirs positifs. Toute situation de doute appelle une réponse NON.**

Les premières cibles de cette évaluation sont les situations les plus critiques vis-à-vis des personnes les plus vulnérables : l'intimité, la dignité, la confidentialité, l'estime de soi du résident/patient, la douleur et enfin la fin de vie. Le soignant se doit de répondre au plus près de ses pratiques, au plus près de la réalité, pour permettre un « diagnostic » bientraitance de ses pratiques.

Méthode de mise en œuvre

a) Le questionnaire institutionnel

Il est à remplir UNE FOIS pour chaque établissement désireux d'évaluer ses pratiques.

Il est renseigné par la CRUQPC ou le CVS ou toute assemblée représentative.

b) Le questionnaire individuel

Les questionnaires sont transmis aux professionnels selon un mode de diffusion défini par l'établissement lui-même, à raison d'un questionnaire par professionnel au contact des patients. Pour favoriser les réponses « objectives » les questionnaires sont ANONYMES. Il sera toutefois procédé à un émargement d'administration et de retour.

Temps de mise en œuvre

a) Déploiement

Il est restreint et consiste en l'accompagnement commenté d'un guide d'utilisation reprenant chaque item à implémenter.

b) Application

Le **questionnaire institutionnel** est à remplir par une instance ou une assemblée représentative de l'établissement. Son remplissage demande environ 10 minutes plus 15 minutes de recherche de documents.

L'auto-évaluation individuelle des pratiques requiert 15–20 minutes pour renseigner une trentaine de questions sur ses pratiques quotidiennes. Elle ne demande pas de recherche particulière.

« Regards croisés sur la bientraitance : outil d'évaluation » - Réseau QualiSanté

Place de l'outil dans le déploiement de la bientraitance

Outil « auto-évaluation bientraitance » à l'attention de l'établissement (processus de pilotage et de supports) et des professionnels (posture professionnelle, prise en charge du patient, de l'usager).

Basé sur l'approche du concept bientraitance et des éléments retenus par le groupe de travail du réseau QualiSanté, l'outil aborde un questionnement global de la bientraitance au sein de l'établissement. Deux types de questionnaires composent l'évaluation : une auto-évaluation unique de l'établissement, couplée d'un questionnaire individuel anonyme à l'attention des professionnels. Dans l'esprit d'une démarche globale et intégrée, la place de l'auto-évaluation de l'établissement est aussi importante que le questionnaire à l'attention des professionnels de l'établissement.

L'auto-évaluation réalisée par l'équipe d'encadrement permet de poser un état des lieux sur les organisations, méthodes et supports mis en œuvre par l'établissement.

Le questionnaire individuel anonyme à l'attention des professionnels permet d'identifier le point de vue des professionnels sur leurs pratiques et sur celles de l'établissement, du service.

En première intention, l'outil permet de poser un **état des lieux de l'appropriation de la bientraitance** au sein de l'établissement et d'impulser la démarche. À d'autres temps de la démarche, l'outil peut être utilisé afin de **mesurer l'impact d'actions d'amélioration** mises en œuvre ou de dynamiser la démarche.

Au total, l'outil offre la possibilité d'identifier les leviers et faiblesses de la bientraitance au sein de l'établissement et de définir un plan d'actions opérationnelles. Il ne peut être

utilisé seul et ne reste qu'un outil. L'implication de l'encadrement, l'animation de la démarche dans un climat positif, l'association de l'ensemble des parties prenantes (personnels médico-soignants, administratifs et techniques ; usagers) ne feront que contribuer à la réussite du projet bientraitance de l'établissement.

But de l'outil d'évaluation bientraitance

L'objectif de l'évaluation est d'établir un état des lieux de la bientraitance dans l'établissement et d'apprécier les écarts et cohérences entre le ressenti du personnel et la mise en œuvre des méthodes et supports par l'établissement.

Ainsi, la participation de l'établissement à cette évaluation lui permet :

- d'établir un constat sur les leviers et faiblesses de l'approche du concept par les professionnels de l'établissement ;
- d'apprécier les écarts et cohérences au regard des méthodes et supports mis en œuvre par l'institution ;
- de définir et prioriser la mise en place d'actions opérationnelles en faveur de la bientraitance.

Cibles de l'évaluation bientraitance

La cible de l'évaluation est représentée par les établissements de santé et médico-sociaux de type établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

La définition du périmètre et des professionnels ciblés est à définir par l'établissement : tout ou partie du personnel médico-soignant à l'échelle de l'établissement, d'une filière, d'un pôle ou d'un service.

Les professionnels qu'il n'est pas pertinent d'inclure dans l'évaluation sont les personnels techniques et administratifs car la majorité des questions abordées, notamment par le questionnaire à l'attention des professionnels, concerne directement la prise en charge des patients.

Principe de l'évaluation bientraitance

L'évaluation est structurée autour de deux questionnaires :

- un **questionnaire individuel** anonyme à l'attention des professionnels de l'établissement : les questions abordées visent à recueillir leur point de vue sur la prise en charge des patients, des usagers, leur regard sur leurs pratiques en tant que soignant, leur regard sur les pratiques du service et sur leur implication dans la vie de l'institution (40 items) ;

- un **questionnaire, pour chaque établissement**, d'auto-évaluation des méthodes et supports mis en œuvre par celui-ci (40 items).

Un kit « Évaluation bientraitance » est remis à l'établissement s'engageant dans la démarche. Ce dernier se compose d'outils de communication et de sensibilisation (power-point, affiche, dépliant), d'une auto-évaluation des supports et méthodes mis en œuvre par l'établissement et du questionnaire à l'attention des professionnels de l'établissement.

Méthode de mise en œuvre de l'évaluation bientraitance

1. Engagement de l'établissement dans la démarche.

Identification d'un interlocuteur privilégié responsable du projet en interne et définition du protocole de l'évaluation interne à l'établissement selon un cadre pré défini (périmètre, type et nombre de professionnels ciblés, modalités de diffusion du questionnaire, mise en œuvre de la communication/sensibilisation, etc.).

2. Communication autour de l'étude par l'établissement.

L'étape de communication/sensibilisation autour de l'évaluation est une étape essentielle afin d'obtenir une bonne participation des professionnels de l'établissement. Il est important d'insister sur les objectifs de l'évaluation et sur l'aspect ANONYME de cette dernière. Pour accompagner l'établissement dans cette étape, le kit « Bientraitance » met à la disposition des établisse-

ments des supports, dépliants, affiches et power-point personnalisables.

3. Mise en œuvre de l'évaluation. Diffusion et mise à disposition par l'établissement du questionnaire d'évaluation à l'attention des professionnels. Le kit « Évaluation bientraitance » propose une version papier du questionnaire ainsi qu'une version en ligne sur Internet. Les deux modalités proposées aux professionnels de l'établissement favorisent leur participation. La durée de mise en œuvre de l'évaluation ne doit pas être inférieure à 1 mois.

4. Centralisation des questionnaires papiers par l'établissement. Le caractère ANONYME doit être préservé dans cette phase de recueil (mise à disposition d'urnes ou enveloppes retours).

5. Recueil des données organisé par l'établissement (saisie en interne ou prestataire externe – grille de saisie fournie avec le kit « Bientraitance »).

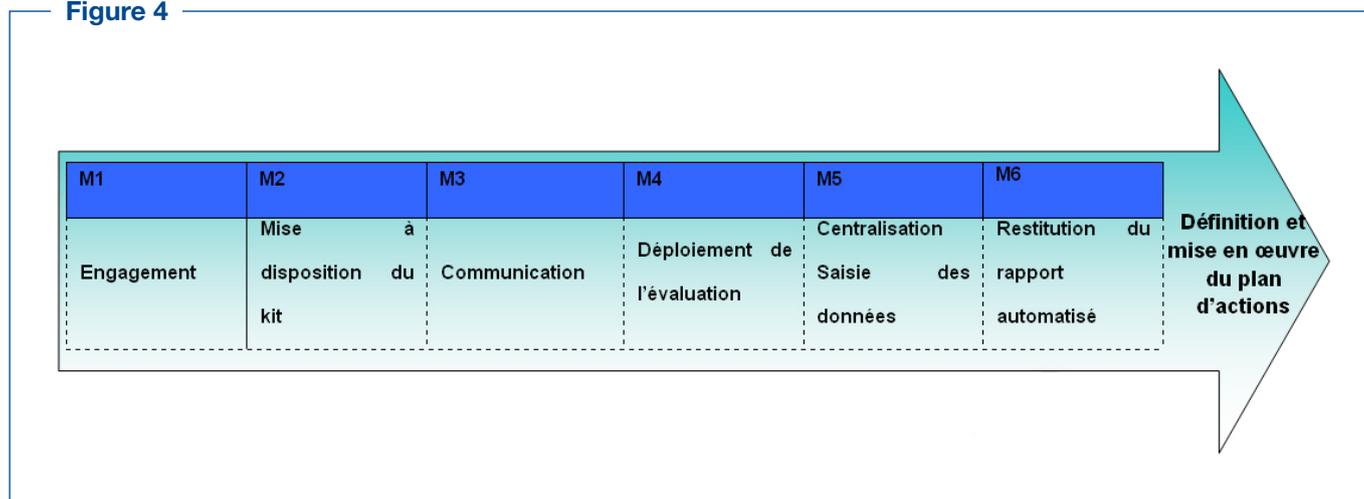
6. Restitution du rapport d'analyse à l'établissement. Rédaction d'un rapport et d'une synthèse.

7. Définition d'un plan d'actions par l'établissement : hiérarchisation, mise en œuvre et suivi.

Temps de mise en œuvre

La période de mise en œuvre est estimée à 6 mois (de l'engagement à la restitution du rapport automatisé) (Figure 4).

Figure 4



5.2 Les outils de prévention du risque de maltraitance

« Bientraitance en questions : évaluation individuelle des pratiques » - CEPPRAL

Place dans le déploiement de la bientraitance

La grille d'évaluation individuelle des pratiques peut être déployée à l'étape de **sensibilisation et d'information** des professionnels sur les questions de bientraitance.

L'objectif recherché est la remise en question par chacun de ses pratiques professionnelles.

Outil de réflexion, de prise de conscience, essentiellement déclaratif, cet outil d'auto-évaluation des pratiques se veut un **outil de sensibilisation des équipes de soins. Il ne permet donc pas directement la mise en place d'actions d'amélioration.**

But

La démarche proposée a pour objectif d'inciter chaque professionnel du soin à s'interroger individuellement sur ses pratiques au quotidien auprès des patients. **Outil d'auto-évaluation, à visée essentiellement préventive, pour le soignant**, il s'agit avant tout d'une aide à la gestion des risques de maltraitance.

À partir de formulations rappelant des situations quotidiennes, la grille d'auto-évaluation des pratiques permet à chaque soignant :

- d'identifier les situations dans lesquelles il risque d'être maltraitant ;
- de remettre en question ses pratiques ;
- d'interroger l'organisation du travail ;
- de se positionner au sein de l'équipe soignante.

Chacun a la liberté de compléter son questionnement par des commentaires sur chaque item.

Cible

Spécifiquement conçue pour être destinée aux **soignants**, elle ne doit pas être utilisée comme le seul outil de sensibilisation à la thématique de la bientraitance, au risque de stigmatiser les soignants comme les seuls acteurs de la démarche évaluative. En effet, chacun des professionnels de l'établissement, quelle que soit sa catégorie, soignant, médecin, personnel administratif ou logistique, est concerné par la bientraitance.

La grille proposée est donc **un outil qu'il faut utiliser en complément avec d'autres actions de sensibilisation.**

Principe

Une fois remplie individuellement, cette grille se veut une base de réflexion et d'échange collectif autour de la lutte contre la maltraitance et de la promotion de la bientraitance.

Méthode de mise en œuvre

La communication autour de la démarche de bientraitance en général et autour de la finalité de l'outil est indispensable, à la fois pour rendre l'utilisation de la grille légitime, mais aussi pour en expliquer les objectifs aux soignants. L'expérience a montré que lorsque cette phase a été peu investie, la démarche a rencontré la réticence des professionnels.

Le questionnaire est distribué aux soignants ; une note d'information doit être jointe à la grille. Elle est considérée par l'ensemble des participants comme une étape incontournable conférant la légitimité nécessaire à la grille. Signée par le directeur de l'établissement, la notice explicative est l'occasion d'affirmer la politique de l'établissement en matière de gestion du risque de maltraitance et de promotion de la bientraitance.

Le retour se fait de façon anonyme et facultative, dans une boîte disposée dans un lieu de passage des soignants dans l'établissement.

La grille peut être complétée ou modifiée suivant les objectifs à atteindre et les spécificités de la population accompagnée. Chaque structure doit se l'approprier.

Temps de mise en œuvre

La grille d'auto-évaluation des pratiques peut être déployée dans les services de soins dans un délai assez court. Le délai de un mois entre la distribution de la grille au personnel et la tenue d'une réunion d'échange et de partage autour de la thématique bientraitance est envisageable.

« Tableau de bord de la bientraitance : cartographie des risques » - RSQ

Place dans le déploiement de la bientraitance

Le principe de la démarche de cartographie des risques consiste à recenser les activités, les risques associés,

et à coter leur criticité. Par définition, ce travail nécessite l'apport de tous, le risque étant différent selon la tâche ou partie de tâche exécutée et apparaissant à tout moment de la vie de la structure. C'est pourquoi la cartographie permet d'identifier clairement les activités sur lesquelles doit porter la vigilance, **quel que soit le niveau auquel on situe la démarche** (établissement ou service). Enfin, la cartographie est évolutive et sera un **bon support pour une revue de direction sur la politique de déploiement de la bientraitance**.

Il y a lieu de considérer comme pré requis le respect des normes de sécurité (incendie, etc.) et d'hygiène ainsi que la bonne réalisation des contrôles réglementaires lors de l'embauche des personnels (contrôle des diplômes, vérification du bulletin n° 3 du casier judiciaire, vérification de la capacité pour les professionnels étrangers, etc.).

But de la cartographie

Le but de la cartographie est d'identifier les risques de maltraitance pour les patients/résidents, leur entourage, les professionnels, y compris de « maltraitance ordinaire », a priori et a posteriori puis de les analyser afin de mettre en place des actions.

C'est un outil permettant la prise en compte de tous les risques de maltraitance, la remise en cause permanente des pratiques et la mise en œuvre d'une réflexion dans le cadre d'une démarche de promotion de la bientraitance.

Cibles de la cartographie

La cartographie est conçue pour être applicable à toutes les structures des secteurs sanitaires et médico-sociaux pour personnes âgées. Elle concerne tous les professionnels exerçant une activité dans la structure. Elle devrait principalement être réalisée à l'échelle d'un pôle ou d'un service.

Principe de la cartographie

Le principe de fonctionnement consiste à réunir des professionnels pour les aider à réfléchir à leur organisation et leur pratique pour aboutir à la définition d'un plan de promotion de la bientraitance. La grille type de cartographie des risques est complétée d'un protocole et d'un guide d'utilisation destiné à l'animateur du groupe de travail.

Méthode d'élaboration de la cartographie

1. Engagement dans la démarche. La cartographie des risques de maltraitance est impérativement élaborée au sein d'un groupe de travail dédié composé de l'ensemble

des parties prenantes des processus en cause. Un animateur du groupe est désigné dès la première réunion.

2. Communication préalable à la démarche. L'information des personnels et des instances de l'établissement sur le projet d'élaboration d'une cartographie des risques de maltraitance est préalable à la mise en place du projet. Elle permet d'affirmer l'implication de la direction de l'établissement (pour faciliter l'adhésion au plan d'amélioration qui découlera de la cartographie des risques) et d'identifier les professionnels intéressés.

3. Définition du périmètre d'application de la cartographie. Un support type a été élaboré par le groupe de travail RSQ. Il décline les éléments propres à tous les processus en œuvre dans l'activité d'une structure : processus de management (management stratégique, management de la qualité et de la sécurité des soins, ressources humaines, ressources financières), processus de réalisation (depuis l'accueil jusqu'à la sortie incluant les modalités de continuité des soins ou les modalités de projet de vie pour les résidents), et processus de soutien (ressources matérielles, système d'information). Il s'applique ainsi à tous les types de prise en charge sanitaire ou médico-sociale.

Cette étape consiste donc à définir le périmètre d'application de la cartographie (structure, pôle, service). Il est fixé sur la base de la taille de l'unité concernée et du partage des activités.

4. Constitution d'un groupe de travail. Il doit être composé de personnes volontaires et représentatives des personnels et des services (soignants et administratifs) propres au périmètre retenu. Les professionnels concernés sont ceux qui interviennent directement ou indirectement dans le parcours du patient/résident (agent d'entretien, agent d'accueil, brancardier, encadrement, etc.). Des représentants d'usagers ou des résidents pourront apporter leur regard sur la prise en charge et avoir un échange sur les perceptions respectives des soignants et des patients ou des résidents et de leurs proches. L'information aux membres du groupe doit être organisée : origine de la démarche, objectifs, résultats attendus, présentation de la démarche de cartographie, étapes de réalisation, contenu de la cartographie des risques de maltraitance.

5. Lecture active de la liste des risques identifiés par le groupe de travail et discussion

- Elle consiste à faire réagir les membres du groupe sur les risques par rapport à leurs expériences professionnelles ; elle est l'occasion d'ajout et de suppression des risques en fonction de l'établissement ou du service.
- Cotation des risques par le groupe de travail :
 - ▶ probabilité d'occurrence ;

- gravité ;
- maîtrise des risques (cotation du niveau de réponse au regard des actions déjà en place).

6. Élaboration d'un plan d'actions d'amélioration, avec détermination des priorités.

- Suivi des indicateurs à intervalle régulier.
- Validation des résultats par les instances de l'établissement.
- Mise en place du plan d'actions et suivi des indicateurs.

Temps de mise en œuvre

Le temps nécessaire est directement dépendant du niveau de culture acquise sur la gestion des risques, des habitudes de travail en équipe et de l'implication de la direction. Nous n'avons toutefois pas observé de durée, en temps de réunion, inférieure à 12 heures.

5.3 Les outils de management

« La bientraitance en situations de vie : outil d'animation des équipes » – CCECQA

Place dans le déploiement de la bientraitance

La bientraitance en situations de vie est un outil d'animation et de management de proximité qui incite une équipe à une meilleure prise de conscience du phénomène de maltraitance ordinaire par une réflexion collective autour de situations quotidiennes vécues par les patients ou leurs aidants. Il permet de se rapprocher et de parler avec les équipes.

Cette approche propose un questionnaire global sur sa pratique. Elle est basée sur des temps d'échanges périodiques à l'échelle d'une communauté de professionnels de santé travaillant au quotidien ensemble. Elle contribue au développement d'une pensée réflexive centrée sur les repères professionnels. Elle permet de donner du sens à ce que les professionnels font, à mettre en évidence les efforts réalisés par les équipes et à valoriser l'action des soignants.

Cet outil peut être utilisé à différents moments du déploiement de la bientraitance : en phase de lancement, il permet de **sensibiliser** les professionnels à l'intérêt de réaliser un travail collectif et de s'interroger sur la définition de la bientraitance à partir de situations extérieures au service ; par la suite, à partir de situations identifiées par

les professionnels du service, **un travail plus approfondi sur l'organisation, les pratiques et les attitudes** dans le service pourrait se développer.

Cette dynamique est à proposer et à conduire à l'échelle des services/unités.

Cet outil doit s'intégrer dans un processus plus général. Une **appropriation importante** de la démarche par l'encadrement et par l'équipe est un pré requis à vérifier qui peut se décliner comme suit :

- la volonté de l'encadrement de proximité à développer une approche collective et participative ;
- une posture de l'encadrement de proximité à l'écoute du personnel ;
- une volonté des professionnels d'un service à s'interroger et à partager ensemble un même objectif professionnel ;
- la possibilité de s'exprimer librement, une participation volontaire, ouverte à tous les professionnels d'un service ;
- une vision globale par l'encadrement de proximité de la bientraitance ;
- la possibilité d'un accompagnement par un intervenant extérieur au service dans l'animation des temps d'échanges et le suivi de professionnels à leur demande ;
- l'acceptation de changements de comportement s'inscrivant dans la temporalité et non dans la recherche d'une solution ou d'une action immédiate.

But

- Permettre aux équipes de réfléchir sur des situations quotidiennes.
- Identifier des situations et comportements à risque de maltraitance ordinaire.
- Identifier des changements de comportement à introduire au sein de l'équipe.

Cible (professionnelle et périmètre dans l'établissement)

L'entité de réalisation est le service ou l'unité de soins ou de vie et concerne :

- tous types d'établissements de santé et d'EHPAD prenant en charge des patients adultes ;
- tous types de services de soins, de courts séjours, de soins de suites et d'hospitalisation à domicile ;
- l'ensemble des professionnels de santé (médecins, cadres, IDE, AS, ASH, diététiciens, kinésithérapeutes, etc.).

Principe d'utilisation

L'outil « La bientraitance en situations de vie » propose :

- **une série de cinq situations de vie de patients** ou de résidents, proches du terrain et de la pratique quotidienne des professionnels de santé. Elles doivent être présentées à l'équipe en séquences de 45 minutes environ (une ou deux situations par séquence). Les situations sont volontairement évocatrices et non précises pour provoquer le questionnement et écouter ce que les professionnels ont à dire. Les situations proposées sont du champ de la maltraitance ordinaire et non avérée. Elles abordent les problématiques suivantes : la prise en compte de la douleur du patient ; le manque de disponibilité et le vécu des professionnels ; la perte de repères professionnels ; les difficultés de communication entre services ; la place de l'aidant. Cette série de cas présentée est volontairement limitée afin d'amener l'équipe à identifier par la suite les siennes ;
- **une série de questions restant très ouvertes et libres.** Il s'agit d'une proposition de trame pour l'animateur et non un passage obligé question après question. Il s'agit d'amener à réfléchir sur la position des professionnels et non sur la/les façons de faire autrement. Il ne s'agit pas d'une analyse approfondie des causes ou d'événements indésirables graves. Il n'est pas demandé une analyse séquentielle, chronologique, causale de l'événement ni d'élaborer un plan d'actions ;
- **un auto questionnement proposé aux participants** afin d'écrire (après avoir parlé) les changements ressentis à l'issue de la séquence en termes de connaissances, de représentations et de pratiques. Des exemples illustrent ces trois champs distincts afin de faciliter son appropriation et de limiter ainsi la barrière de l'écrit pour certains professionnels. Ce recueil est anonyme et facultatif. Il s'agit d'un questionnement individuel à compléter à distance de l'intervention. Pour le répondant, il peut permettre d'avancer dans sa réflexion personnelle, de clarifier ses intentions. Pour l'encadrement de proximité, il peut permettre de cibler le contenu des séquences ultérieures en identifiant des demandes formalisées ou encore de co-construire des supports de communication interne en partant des mots des professionnels.

Méthode de mise en œuvre

Une animation des séquences par un binôme **animateur extérieur au service-cadre de santé** est proposée.

L'enjeu est que l'animateur présente les compétences relationnelles adéquates pour favoriser la prise de parole respectueuse de l'autre. Cela peut être le psychologue de l'établissement, l'assistante sociale, etc.

Le rôle de l'animateur est de :

- sélectionner les situations de vie des patients à proposer à l'équipe : une ou deux situations par séquence ;
- introduire la démarche et son déroulement ;
- rapporter, lire la situation de vie et proposer le questionnement ouvert « qu'est-ce que cela vous évoque ? » ;
- animer les échanges en utilisant des techniques d'écoute active (empathie, questions ouvertes, reformulation, résumé, renforcement positif) ;
- approfondir certains messages et aider à identifier comment se comporter autrement avec le patient ou ses collègues, poser des mots sur des pratiques ;
- réguler les charges émotionnelles et affectives que certains participants pourront exprimer ;
- permettre aux participants qui le demandent d'avoir un entretien individuel à la suite de la séquence.

Le rôle du cadre de santé est de :

- observer le déroulement de la séquence ;
- aider l'animateur à reformuler les questions si nécessaire ;
- demander l'avis de l'animateur sur des pratiques ;
- participer à la recherche de solutions ;
- apporter, compléter le regard technique et pratique du quotidien en lien avec l'organisation de travail.

Des patients ou des résidents, des bénévoles associatifs, des représentants des usagers peuvent être associés à ces séances pour enrichir les débats.

Temps de mise en œuvre

Les séquences de travail seront brèves et répétées dans le temps : 45 minutes par séquence. L'intégration du temps de réunion dans le temps de travail des équipes est à programmer ainsi qu'une régularité des réunions dans le temps.

Cette démarche doit s'intégrer dans l'organisation du temps de travail du service. La durée entre les séquences doit permettre de susciter la réflexion et l'auto-évaluation de sa pratique au quotidien. Une fréquence trimestrielle est proposée.

« Cahier des charges formation : outil d'aide à la décision » - RQS

Place dans le déploiement de la bientraitance

Cet outil doit être utilisé après un état des lieux de l'appropriation de la bientraitance au sein de l'établissement. Il permet aux établissements de lancer une formation/sensibilisation sur la bientraitance ou relancer une dynamique de formation au niveau de l'institution ou des services.

But

L'outil constitue un accompagnement à l'élaboration du cahier des charges dans le cadre d'un appel d'offre de formation. Il a pour but de contribuer à l'adéquation des actions de formation avec les grands principes de la bientraitance et du contexte de l'établissement.

Cible

Établissements de santé et établissements médico-sociaux accueillant des personnes âgées.

Départements de formation continue en lien avec les équipes d'encadrement.

Principe

Outil développé sous Excel® associé à son guide d'utilisation.

L'outil s'articule selon trois volets.

1. Outil d'aide à la rédaction de l'appel à cahier des charges de formation

Cette étape va permettre à l'établissement de renseigner, lors d'un appel à cahier des charges en vue d'une formation, les éléments spécifiques à la bientraitance en adéquation avec le contexte de son établissement. Cette étape n'a pas pour finalité de produire le document de l'appel à cahier des charges mais de poser la réflexion. Les éléments retenus devront être intégrés dans le dispositif habituel de l'établissement.

2. Outil d'aide à la décision de choix des prestataires ayant répondu à l'appel à cahier des charges de l'établissement

Cette étape va permettre à l'établissement de coter, comparer et hiérarchiser les propositions de cahier des charges par les prestataires de formation au regard des éléments retenus à l'étape 1 (interactions entre l'étape 1 et l'étape 2). Elle permettra à l'établissement un choix argumenté et simplifié du prestataire de formation.

3. Outil d'évaluation de la prestation délivrée par l'organisme de formation

Cette étape va permettre à l'établissement d'évaluer la prestation de formation délivrée par le prestataire selon deux axes :

- évaluation « à chaud » par les stagiaires de la formation ;
- évaluation de l'impact de la formation au regard des objectifs fixés par l'établissement.

À partir de cette étape, l'établissement est invité à définir des critères d'évaluation de l'impact de la formation « à froid » par l'intermédiaire de la mise en place d'indicateurs de suivi.

L'outil propose un fil conducteur accompagnant la réflexion.

Méthode de mise en œuvre

L'outil s'articule en trois étapes et propose un fil conducteur permettant d'accompagner la réflexion. Il se présente sous un fichier Excel®. Les trois étapes sont formalisées par les trois onglets principaux intuitifs et interactifs entre eux.

Étape 1. Aide à la rédaction de l'appel à cahier des charges formation bientraitance

Cette étape doit être réalisée par l'équipe d'encadrement en lien avec le service de formation. Elle permet à l'aide de champs libres ou de listes déroulantes, accompagnés d'éléments d'aide à la rédaction, de poser et argumenter la demande de formation. Outre les éléments dits incontournables lors de toute demande de formation, l'outil incite les utilisateurs à identifier les éléments de contenu attendus, la méthode pédagogique souhaitée, en conservant le lien étroit avec le contexte de l'établissement. Cette étape permet d'obtenir une photographie, un argumentaire facilitant la rédaction de l'appel à cahier des charges de formation.

Étape 2. Aide à la sélection du prestataire de formation

L'appel à cahier des charges de formation aura permis de cibler un certain nombre de prestataires pour lesquels une analyse des propositions est nécessaire. En reprenant de façon interactive les éléments complétés à l'étape 1, les utilisateurs (encadrement en lien avec le service de formation) vont pouvoir coter, comparer et hiérarchiser les propositions de cahier des charges des prestataires.

À l'aide de listes déroulantes (oui, en grande partie, partiellement, non) et sur un certain nombre d'éléments d'appréciation (prise en compte du contexte de l'établissement, des professionnels ciblés, adéquation avec la

thématique souhaitée, méthode pédagogique favorisant l'apprentissage, coût, expérience, etc.), les utilisateurs pourront renseigner la prise en compte des éléments attendus. De façon automatique, une note est attribuée pour chaque élément d'appréciation.

Au total, chaque prestataire se voit attribuer un note ramenée à 10 et pondérée entre éléments de contenu, coût et expérience du candidat. Le visuel de l'onglet permet de visualiser sur une même page l'ensemble des prestataires évalués.

Cette étape va permettre à l'établissement de coter, comparer et hiérarchiser les propositions de cahier des charges par les prestataires de formation au regard des éléments retenus à l'étape 1. Elle permettra à l'établissement un choix argumenté et simplifié du prestataire de formation.

Étape 3. Évaluation de la prestation de formation

Dans l'esprit d'amélioration continue de la démarche bientraitance, il est nécessaire d'évaluer la prestation de formation « à chaud » par les stagiaires de la formation et « à froid » pour mesurer l'impact de la formation au regard des objectifs fixés par l'établissement.

Dans les suites immédiates de la formation et à l'aide des évaluations « à chaud » par les stagiaires de la formation, l'établissement va pouvoir apprécier, à l'aide d'une liste déroulante (oui, en grande partie, partiellement, non) et de critères d'appréciation (l'apprenant a pris en compte l'expérience des stagiaires, les supports ont facilité l'apprentissage, etc.), la prestation de formation.

À distance de la formation, l'équipe d'encadrement pourra s'interroger sur l'impact de la formation au sein de l'établissement. À l'aide d'une liste déroulante (oui, en grande partie, partiellement, non) et de critères d'appréciation (propositions d'actions d'amélioration par les stagiaires, comportements/pratiques modifiées, etc.), l'encadrement va pouvoir apprécier l'impact de la formation au sein de son établissement.

Ces éléments de mesures subjectives ne sont pas suffisants pour permettre d'évaluer de façon globale l'impact de la formation sur les organisations et les professionnels. À partir de cette étape, l'établissement est invité à définir des critères d'évaluation de l'impact de la formation « à froid » par l'intermédiaire de la mise en place d'indicateurs de suivi.

Temps de mise en œuvre

De la rédaction de l'appel à cahier des charges à l'évaluation de la prestation délivrée, l'outil est utilisé en plusieurs

temps et s'intègre complètement au dispositif habituel des établissements. Son temps de mise en œuvre ne peut être quantifié.

« Les principes de bientraitance : déclinaison d'une charte » - Réseau bas-normand / ReQuA

Place de la charte dans le déploiement de la bientraitance

La charte de bientraitance constitue un support pour un établissement qui s'engage dans un projet institutionnel sur la bientraitance. Elle traduit les valeurs professionnelles fortes autour de la bientraitance auxquelles sont attachés les professionnels. Le déploiement de la charte de bientraitance au sein d'un établissement est une étape dans la diffusion de la culture bientraitance et ouvre la voie aux développements d'autres outils sur la bientraitance.

But de la charte de bientraitance

L'objectif de la charte régionale de bientraitance est de mettre à disposition des établissements un outil partagé leur permettant de développer les bonnes pratiques de bientraitance. Ce support sert de réflexion et de partage des valeurs professionnelles autour de la bientraitance.

Cibles de la charte de bientraitance

Les cibles de la charte sont les établissements de santé et les établissements médico-sociaux de type établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Principe de la charte

La charte s'appuie sur la définition de la bientraitance adoptée par le groupe FORAP-HAS.

La bientraitance est une démarche volontariste, institutionnelle, collective et individuelle d'amélioration continue des pratiques professionnelles visant à promouvoir :

- le respect de la liberté et des droits de l'utilisateur et de ses proches ;
- le respect de sa dignité et de sa singularité ;
- le respect de la prise en compte de ses besoins et de ses attentes spécifiques.

Tout en maintenant la vigilance sur les risques de maltraitance et leurs signalements.

La charte doit être intégrée dans la réflexion éthique des établissements. La charte décline 10 engagements permettant d'identifier les actions de bientraitance dans les différentes étapes du parcours d'un usager. Elle est accompagnée d'un guide d'utilisation.

Méthode de mise en œuvre de la charte

Chaque établissement définit les stratégies d'utilisation de la charte en concertation avec les différentes instances de l'établissement. Plusieurs approches ont été identifiées. Elles ont toutefois en commun les points suivants, véritables préconisations de l'utilisation de l'outil :

- un groupe de travail bientraitance au sein de l'établissement peut être constitué. Il est important que ce groupe de travail soit pluriprofessionnel ;
- le modèle de charte régionale a vocation à aider l'établissement dans la réflexion sur les pratiques de bientraitance au sein de son établissement et à entretenir sur le long terme la réflexion ;
- un temps d'appropriation de l'outil est indispensable ;
- il est attendu que les 10 engagements de la charte soient déclinés avec des situations propres à chaque établissement.

La charte doit être utilisée en apposant le logo de l'établissement pour une meilleure personnalisation et appropriation. La charte peut être utilisée telle quelle avec ses 10 points, voire complétée. L'établissement doit illustrer les 10 points avec ses propres exemples, des mots, des photographies, des poèmes, etc.

Il ne s'agit pas de placarder une affiche de plus. La charte est en effet diffusée avec son module d'accompagnement, document indispensable, qui a pour but de faciliter l'appropriation de l'outil par les professionnels, et les usagers, patients, familles qui peuvent être invités à apporter leur contribution.

Temps de mise en œuvre de la charte

Le temps de mise en œuvre de la charte au sein d'un établissement est évalué à environ 1 an.

Membres du groupe de travail Bientraitance FORAP-HAS

Coordonnateurs

Florence Saillour-Glénisson, comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine - CCECQA

Véronique Ghadi, Haute Autorité de Santé - HAS

Élodie Bonnemayre, coordination pour l'évaluation des pratiques professionnelles en santé en Rhône-Alpes (CEPPRAL)

Marie-José D'Alche-Gautier, réseau bas-normand Santé qualité (RBNSQ)

Patricia Minary-Dohen, réseau Qualité des établissements de Santé en Franche-Comté (ReQua)

Patrick Nachin, réseau Qualité des établissements de santé en Franche-Comté (ReQua)

Françoise Papo, réseau Santé qualité (RSQ)

Catherine Pourin, comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine (CCECQA)

Noémie Terrien, réseau QualiSanté 44 (RQS44)

Membres du comité de relecture

M. Majid TALLA, ANAP

Mme Michèle BELLINOT, BAQIMEHP

M. Serge BRIANCON, CHU NANCY

M. Nicolas BRUN, UNAF

Mme Stéphanie BURIN, ARS Pays de la Loire

Mme Claire COMPAGNON, conseil en politiques de santé et Association française des hémophiles

Mme Françoise DEMOULIN, Fondation Claude-Pompidou

Mme Anne-Marie DORE, FHF

M. Grégory EMERY, FNCLCC

Mme Julie GAUTHIER, FEHAP

Mme Maire-Pierre HERVY, ANESM

Mme Annie LABBE, CISS

Mme Sylvia LACOMBE, conseil formation usagers du système de santé

Mme Christine MARTIN, ARS Rhône-Alpes

Mme Titina MENDY, SYNERPA

M. Philippe MICHEL, FORAP

Mme Christel PRADO, UNAPEI

Mme Bénédicte ROCH-DURAND, FEHAP

Mme Geneviève RUAULT, SFGG

Mme Françoise TOURSIERE, FNADEPA

Remerciements

Aux membres des groupes de travail régionaux qui ont participé à l'élaboration des outils.

Aux membres du groupe de travail sur le rôle et la place de la CRUQPC et du CVS dans le déploiement de la bientraitance.

La liste de l'ensemble des personnes ayant participé à ce guide figure dans la note de synthèse méthodologique.

Nous remercions également Isabelle Dessales et Brigitte Roy Geoffroy qui ont accompagné la définition d'une stratégie de communication pour ce guide et aidé à l'abord pédagogique de l'ensemble de la démarche.

La mise en forme du guide a été réalisée par Éric Darvoy et la mise en ligne par Laura Druart sous la direction de Frédérique Pagès, responsable du service documentation et information des publics.



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

www.has-sante.fr

2 avenue du Stade de France 93218 Saint-Denis-La Plaine CEDEX

Tél. : +33(0)1 55 93 70 00 - Fax : +33(0)1 55 93 74 00