



Annexes relatives au rapport de la mission ministérielle :

**« *Promouvoir la bientraitance
dans les établissements de santé* »**

Présenté par :

- ▶ **Michelle BRESSAND**, Infirmière Diplômée d'État, Conseillère Générale des Établissements de Santé,
- ▶ **Martine CHRIQUI-REINECKE**, Psychologue Clinicienne, Consultante-Conseil,
- ▶ **Michel SCHMITT**, Radiologue Hospitalier, Chef de Service.

Avec le concours :

des élèves directeurs de l'association EHESP Conseil

**Remis à Monsieur Xavier Bertrand,
Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé**

Janvier 2011

SOMMAIRE DES ANNEXES

1. Lettre de mission	5
2. Tableau des rencontres	8
3. Listes des participants par groupe.....	9
- Groupe 1 : " <i>Accueil et accompagnement du patient et ses proches</i> "	10
- Groupe 2 : " <i>Assistance dans les besoins fondamentaux comme la toilette, les soins d'hygiène, le repas, l'aide à la mobilité</i> "	11
- Groupe 3 : " <i>Consultations, examens, traitements et soins invasifs</i> "	12
- Groupe 4 : " <i>Prévention et traitement de la douleur</i> "	13
- Groupe 5 : " <i>Accompagnement de la personne en fin de vie et ses proches</i> "	14
- Liste des personnes ayant participé aux deux rencontres supplémentaires sur le thème " <i>Bienveillance et Laïcité</i> "	15
4. Liste des membres du Comité de Pilotage	17
5. Comptes-rendus des travaux réalisés lors de chaque rencontre par groupe ainsi que les synthèses	18
- Groupe 1 : " <i>Accueil et accompagnement du patient et ses proches</i> "	19
- Groupe 2 : " <i>Assistance dans les besoins fondamentaux comme la toilette, les soins d'hygiène, le repas, l'aide à la mobilité</i> "	42
- Groupe 3 : " <i>Consultations, examens, traitements et soins invasifs</i> "	72
- Groupe 4 : " <i>Prévention et traitement de la douleur</i> "	129
- Groupe 5 : " <i>Accompagnement de la personne en fin de vie et ses proches</i> "	149
- Ecrits des personnes ayant participé aux deux rencontres supplémentaires sur le thème " <i>Bienveillance et Laïcité</i> "	171
6. Approche philosophique et éthique	182
- Revue de littérature, autour de la notion de bienveillance	184
de Nadia Péoc'h, Cadre Supérieur de Santé, Hôpitaux de Toulouse	
- Les concepts en philosophie et en éthique de Yannis Constantinidès.....	206
Agrégé de Philosophie, Espace Éthique AP-HP	
- Quelques remarques sur la bienveillance de Yannis Constantinidès.....	236

7. Contributions fournies par les membres du Comité de pilotage	240
- Quelques réflexions sur la bientraitance de Philippe Jean,.....	242
Directeur Adjoint, CH de Pau	
- Mission bientraitance : rôle des instances et signalement	252
de Philippe Jean	
- Ethique et établissement hospitalier : respect et surveillance	259
de la bientraitance, contribution fournie par Bernard Roerich,	
Directeur Général, CHU de Tours	
- La notion de "patient - centered care" ou "patient - centredress"	267
document HAS de Anne Depaigne-Loth	
- Le "statut" de l'aumônier hospitalier de Claude-David Ventura,	273
Directeur Hospitalier hors classe, DGOS	
- Réflexions à propos des comptes-rendus des groupes de travail :.....	279
* provenant de l'HAS	
* provenant de Linda Benattar, Médecin Gériatre	
8. Autres documents.....	287
- Charte d'Accueil du Tout-petit (Métiers de la petite enfance).....	289
- Charte de l'Enfant Hospitalisé	291
- Les 10 règles d'or de l'hospitalité (CHU de Limoges)	293
- Promotion de la bientraitance en Franche-Comté (ReQua).....	295
* Evaluation des pratiques professionnelles	
* La Charte de bientraitance	
- L'approche du concept de bientraitance (Réseau Quali Santé 44)	303
- Groupe d'Accompagnement Bientraitance (CH Calais)	312
- Guide relatif au respect des droits des patients hospitalisés	362
- Contrat d'engagement démarche qualité soins palliatifs (Respavie).....	415
- Projet de service 2006-2010, Centre Régional d'Accompagnement et de Soins Palliatifs, Hôpital Joseph Ducuing, Toulouse	431
- Développement de la bientraitance, document FORAP - HAS	524



1. LETTRE DE MISSION

Ministère de la Santé et des Sports

Paris, le 27 JUIL. 2010

La Ministre

Cab/RBN/CdB/IT/Me D10-6696

Mesdames, monsieur,

Offrir aux patients et à leurs proches des pratiques professionnelles de qualité, une prise en charge respectueuse de leurs besoins, de leur singularité, de la prise en compte de ce qui est important pour elles dans leur situation particulière, est au cœur de ma politique et de mes préoccupations.

C'est cette ambition qui m'a déjà conduite à lancer un vaste plan en faveur de l'amélioration du respect des droits des patients, à rénover les formations paramédicales, à améliorer l'accès aux soins et leur continuité.

Aujourd'hui, je veux aller plus loin, et je veux notamment lancer une action d'envergure, au niveau national, visant à améliorer la qualité du service rendu par nos établissements, dans toutes ses dimensions, et à promouvoir en particulier la bientraitance. La bientraitance et la qualité de service aux usagers supposent un travail continu, élaboré par chaque acteur hospitalier, et en lien aux autres professionnels ; je veux voir ce travail mieux reconnu, mieux soutenu et mieux développé, dans toutes les unités quelles que soient leurs spécificités.

Pour les patients, pour leurs proches, comme bien entendu pour les professionnels, plusieurs moments sont particulièrement sensibles en matière de bientraitance et, plus largement, de qualité de service :

- l'accueil et l'accompagnement du patient et de ses proches,
- l'assistance dans les besoins fondamentaux, comme la toilette, les soins d'hygiène, le repas, l'aide à la mobilité,
- les consultations, les examens, les traitements et soins invasifs,
- la prévention et le traitement de la douleur,
- l'accompagnement de la personne en fin de vie et de ses proches.

Je souhaite susciter le débat et l'échange au sein des équipes, des territoires et des organes de pilotage sur la manière d'appréhender ces différents moments de la meilleure façon possible, tant pour les patients et leurs proches que pour les professionnels eux-mêmes. Je veux que les acteurs de la santé, qu'ils soient en contact direct ou indirect avec les usagers, puissent élaborer et faire connaître leurs questionnements et leurs outils, mieux comprendre les facteurs de bientraitance, participer à la diffusion des pratiques favorables à celles-ci.

C'est la raison pour laquelle j'ai souhaité vous confier une mission, visant à les aider et à les accompagner dans cette démarche.

.../...

Madame Michelle BRESSAND, infirmière, conseillère générale des établissements de santé

Monsieur le Dr Michel SCHMITT, médecin radiologue

Madame Martine CHRIQUI-REINECKE, psychologue

Mettant à profit les apports de la littérature existante sur le sujet et l'expertise des acteurs de terrain, vous vous attacherez à :

1. proposer une définition adaptée de la bientraitance et de la qualité de service en établissement de santé ;
2. identifier et valoriser les pratiques favorables à la bientraitance et à la qualité de service, que ceux-ci concernent les professionnels en contact direct avec les patients et leurs proches, les professionnels des services logistiques, médico-techniques, techniques et administratifs, ou encore l'organisation et le management des équipes et le fonctionnement institutionnel des établissements ;
3. proposer les objectifs que devraient se donner les établissements, les agences régionales de santé et les institutions nationales pour favoriser la bientraitance et la qualité de service, ainsi que des modalités de leur évaluation ;
4. proposer des modalités de mise en œuvre de cette démarche, en prévoyant notamment des mesures d'engagement et d'accompagnement durables de l'ensemble des acteurs et des équipes en faveur de la bientraitance et de la qualité de service.

Vous pourrez fonder vos analyses sur un large recueil des perceptions tant des usagers que des professionnels, par exemple en procédant à des sondages auprès d'eux.

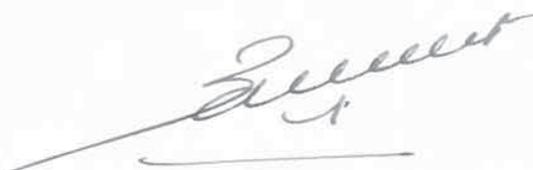
Vous animerez un comité de pilotage et coordonnerez des groupes de travail sur les cinq thèmes susmentionnés.

Avant la fin du mois d'octobre 2010, vous me remettrez un document de cadrage, présentant d'une part un état des lieux sur la bientraitance et la qualité de service en établissements de santé et une synthèse des meilleures pratiques, et d'autre part une plateforme de propositions qui seront ensuite soumises au débat en région, selon des modalités que vous proposerez.

En effet, afin d'assurer une large participation des acteurs de terrain à cette réflexion sur la bientraitance et de la qualité de service en établissement de santé, vous assurerez l'organisation et l'animation de débats en région, au premier semestre 2011, qui se concluront par un grand colloque national au mois de juin, au cours de « l'année des patients et de leurs droits ».

Vous bénéficierez bien sûr, au cours de votre mission, de l'appui des services de mon ministère, et en particulier ceux de la direction générale de l'offre de soins.

Je vous prie, mesdames, monsieur, d'agréer l'expression de ma considération distinguée.



Roselyne BACHELOT-NARQUIN



2. TABLEAU DES RENCONTRES

MISSION MINISTÉRIELLE VISANT À PROMOUVOIR LA BIEN-ÊTRE

CALENDRIER DE RÉUNIONS DES 5 GROUPES DE RÉFLEXION 2010 Pour chaque groupe (G) il est prévu 5 réunions (R)

	G1 : Pilote M. Bressand (mb)		G2 : Pilote M. Chriqui-Reinecke (mcr)		G3 : Pilote M. Schmitt (ms)		G4 : Pilote M. Bressand (mb)		G5 : Pilote M. Chriqui-Reinecke (mcr)	
	Accueil et accompagnement du patient et de ses proches		Assistance dans les besoins fondamentaux comme la toilette les soins d'hygiène, le repas, l'aide à la mobilité		Consultations, examens, traitements et soins invasifs		Prévention et traitement de la douleur		Accompagnement de la personne en fin de vie et de ses proches	
R1	Lundi 27 Sept. 10H-13H Salle 4243 20 av de Ségur	mb wb	Lundi 27 Sept. 10H-13H Salle 413/415 RDC 20 av de Ségur	mcr jb	Lundi 27 Sept. 14H-17H Salle 413/415 RDC 20 av de Ségur	ms jb	Lundi 27 Sept. 14H-17H Salle 4243 20 av de Ségur	mb wb	Mardi 28 Sept. 10h-13h Salle 4243 20 av de Ségur	mcr jb wb
R2	Lundi 4 Oct. 10H-13H PETIT SALON 14 av Duquesne	mcr wb	Lundi 4 Oct. 10H-13H SALON A 14 av Duquesne + 14H-17H Salle 5240 20 av de Ségur	matin : ms pf après-midi : mcr	Lundi 4 Oct. 14h-17h PETIT SALON 14 av Duquesne	mb pf	Lundi 4 Oct. 14H-17H SALON A 14 av Duquesne	ms wb	Mardi 5 Oct. 14h-17h Salle 4243 20 av de Ségur	mb wb
R3	Lundi 11 Oct. 10H-13H Salle 4243 20 av de Ségur	ms wb	Mardi 12 Oct. 10H-13H reporté au 18 Nov. matin + 18 Nov. après-midi	mb pf mcr	Lundi 11 Oct. 14H-17H Salle 4243 20 av de Ségur	ms pf	Lundi 11 Oct. 14H-17H Salle 413/415 RDC 20 av de Ségur	mcr wb	Lundi 11 Oct. 10H-13H Salle 413/415 RDC 20 av de Ségur	mcr pf
R4	Jeudi 21 Oct. 14H-17H Salle 413/415 RDC 20 av de Ségur	mb wb	Jeudi 21 Oct. 10H-13H Salle 4243 20 av de Ségur	mcr pf	Jeudi 21 Oct. 14H-17H Salle 4243 20 av de Ségur	mcr pf	Vendredi 22 Oct. 10H-13H Salle 4243 20 av de Ségur	mb wb	Mercredi 20 Oct. 14H-17H Salle 4243 20 av de Ségur	ms wb
R5	Jeudi 18 Nov. 14H-17H Salle 4243 20 av de Ségur	mb wb	Vendredi 19 Nov. 10H-13H PETIT SALON 14 av Duquesne	mcr pf	Vendredi 19 Nov. 10H-13H SALON A 14 av Duquesne	ms pf	Vendredi 19 Nov. 14H-17H SALON A 14 av Duquesne	mb wb	Vendredi 19 Nov. 14H-17H PETIT SALON 14 av Duquesne	mcr pf

Elèves Directeurs chargés de la restitution de chaque séance et des synthèses par groupe : **Walid Ben Brahim (wb)** et **Pauline Flori (pf)**, remplaçant **Juliette Bertrand (jb)**

Calendrier des autres dates de réunions à retenir pour les 3 pilotes, en plus du Mardi 5 Octobre (Présentation par la Ministre) :

- Comité de pilotage : **Vendredi 22 Octobre de 14h à 16h : SALLE** / **Vendredi 26 Novembre de 10h30 à 12h30 : SALLE 4243.**

- Briefing : pilotes (mb, ms, mcr), référents cabinet, rapporteurs (wb et jb) : **Mardi 28 Septembre de 14h à 17h : SALLE 4243.**



3. LISTES DES PARTICIPANTS PAR GROUPE

MISSION MINISTÉRIELLE VISANT À PROMOUVOIR LA BIENTRAITANCE
GROUPE 1 : "Accueil et accompagnement du patient et de ses proches"

Coordonnateur : Michelle Bressand : Michelle.BRESSAND@igas.gouv.fr

NOM Prénom	Fonction
BREMAUD Marie-Madeleine	F.F. Cadre Infirmier, Chambre Mortuaire Groupe Hospitalier Cochin Broca, Hôtel-Dieu, AP-HP
DESCHILDRE Dominique	Responsable relation avec les usagers CH de Béthune
ESCOBAR Sylvie	Infirmière Centre Hospitalier Intercommunal de Villeneuve Saint Georges
FOURNIER Catherine	Infirmière, AP-HP, Hôpital Necker
KIENZLER Liliane	Personnel administratif Accueil Maternité Centre Hospitalier Intercommunal de Villeneuve Saint Georges
LECLERC Geneviève	Directrice des Soins CH de Valenciennes
MENIER Laurence	Cadre Infirmier IFSI de Nevers
Professeur SERENI Danièle	Médecin Médiateur AP-HP Hôpital Saint-Louis
SILVENT-MADI Karima	DRH Groupe Korian
TOUCHARD Michel	Coordonnateur Général des Soins Centre Hospitalier les Murets
BEN BRAHIM Walid	Elève Directeur chargé de la restitution de chaque séance et des synthèses par groupe
BERTRAND Juliette	Elève Directeur chargé de la restitution de chaque séance et des synthèses par groupe
FLORI Pauline	Elève Directeur chargé de la restitution de chaque séance et des synthèses par groupe

MISSION MINISTÉRIELLE VISANT À PROMOUVOIR LA BIENTRAITANCE**GROUPE 2 : "Assistance dans les besoins fondamentaux : toilette, soins d'hygiène, repas, aide à la mobilité"**Coordonnateur : Martine Chriqui-Reinecke : martine.chriqui-reinecke@tonicplus.fr

NOM Prénom	Fonction
AUDOIRE Hélène	Cadre de Santé Formateur, IFSI, CHU Toulouse
BEAUMATIN Viviane	CS, Service de soins de Suite et de Rééducation, CHU Bordeaux
BOUGOUIN Jean-Marie	Directeur Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale Gérondicap, Yvelines, DSI
CARRÉ Catherine	Cadre de Santé, Equipe Mobile Gériatrie, Cadre Santé Formateur, CHU Angers
CHARRET Isabelle	Médecin (gériatre) Hôpital Croix Rouge Henry Dunant, Centres d'accueil de jour Croix St Simon Paris
CHAUMONTET Laëtitia	Psychosociologue, Service de prévention, Association Action Innocence France
COL Geneviève	CSS, Coordonnateur Qualité, Direction Qualité, Gestion des Risques, Évaluation, CHU Limoges
DARRACQ Patricia	IDE, GHU Henry Mondor Créteil
FRANCILLON Florence	Sage-Femme, CH Poissy-St Germain
FRANÇOIS Marie-Christine remplacée pour les dernières rencontres LEDROIT Christelle	CSS, CHU Angers Cadre Réanimation Médicale, CHU Angers
GUILLOIS Michèle	CSS, CHRU Lille
LE BIHANIC Evelyne	Puéricultrice
LIBERT Catherine	CSS, CHRU Lille
ROCHETTE Laurent	AS, GHU Henry Mondor Créteil
ROYER Nicole	Directeur des Soins, Coordonnateur Général des soins, CH Carcassonne
SCHUHL Christine	Rédactrice en chef, revue prof. Métiers de la petite enfance, Conseillère Pédagogique et formatrice
VERJANS Laurence	Directrice Centre d'Accueil de Jour Marie de Miribel Paris Ergothérapeute et Musicothérapeute
VIAUX-SAVELON Sylvie	Médecin PH, Service de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, GHU Pitié-Salpêtrière
BEN BRAHIM Walid	Elève Directeur chargé de la restitution de chaque séance et des synthèses par groupe
BERTRAND Juliette	Elève Directeur chargé de la restitution de chaque séance et des synthèses par groupe
FLORI Pauline	Elève Directeur chargé de la restitution de chaque séance et des synthèses par groupe

MISSION MINISTÉRIELLE VISANT À PROMOUVOIR LA BIENTRAITANCE
**GROUPE 3 : "Consultations, examens complémentaires, traitements et soins
invasifs"**

Coordonnateur : Dr Michel Schmitt michel.schmitt@ghca.fr

NOM Prénom	Fonction
APIOU Françoise	Comité des patients Institut Curie
BILGER Vincent	Directeur d'Etablissement Social (MECS) et CPFSE Délégué UNIFAF
CASAGRANDE Alice	Déléguée nationale qualité, gestion des risques et promotion de la bientraitance CRF 98 rue Didot 75 694 Paris Cedex 14
CAZIN Bruno	PH d' Hématologie CHU de Lille Vicaire Episcopal Vice Recteur de l'Institut Catholique de Lille
Chauptre Marina	Cadre de Santé MER Urgences et Interventionnel CHU Angers
DAVID Christel	MER Institut Curie
DOMATO Guillaume	Aide Soignant Hôpital Bretonneau 23 rue Joseph de Maistre 75018 Paris
JOURDREN Andrée	Représentant des familles de patients
LEBEE Christine	Assistante Sociale Hôpital Bretonneau 23. rue Joseph de Maistre 75018 Paris
LIGI Isabelle	Praticien Hospitalier Service de Médecine Néonatale Hôpital de la conception CHU Marseille
MICHEL François-Bernard	Professeur des Universités (Montpellier) Membre de l'Institut Membre de l'Académie de Médecine
MOSKOVITCH Sandrine	Secrétaire d'Accueil Hôpital Bretonneau 23 rue Joseph de Maistre 75018 Paris
OLLIVIER Liliane	PH Imagerie Institut Curie Présidente de la section « Droits du Patient » SFR
PARIS Anne	Sage Femme Cadre Hôpital Foch Suresnes
PERUCHO Pierre	PH Chirurgie Ambulatoire CH Perpignan
ROBINEAU Isabelle	Coordnatrice des formations universitaires Ecole Supérieure Montsouris 42, bld Jourdan 75014 Paris
SCHOUMAN CLAEYS Elisabeth	Professeur des Universités (Imagerie) Chef de Service (Hôpital Bichat) Présidente de la section « Management » de la SFR
VIZZARI Magali	Cadre MER MER d'annonce GHCA Colmar
WYTSZITC Estelle	IDE d'annonce Hôpital Tenon 4. rue de la Chine 75020 Paris

MISSION MINISTÉRIELLE VISANT À PROMOUVOIR LA BIENTRAITANCE
GROUPE 4 : "Prévention et traitement de la douleur"

Coordonnateur : Michelle Bressand : Michelle.BRESSAND@igas.gouv.fr

NOM Prénom	Fonction
ANNEQUIN Daniel	Médecin-anesthésiste, Hôpital Trousseau AP-HP
BLET Dominique	Médecin, Ouest Audois Polyclinique Montréal Carcassonne
BOISDENGHEIN Steve	Cadre Infirmier, IFSI Saint-Denis
BONNERY Anne-Marie	Directrice des soins, CH Narbonne
DELCOUR Véronique	Cadre Infirmière Anesthésiste, IGR
GUELER Catherine	Cadre Infirmier, IFSI/IFAS Saint-Quentin
JUBLIN Isabelle	Infirmière HEGP Paris
LADEGAILLERIE Geneviève	
LANCELOT Agnès	Aide-soignante, Centre Hospitalier Intercommunal de Villeneuve Saint Georges
MONTARON Anne	Directrice des Soins, Institut Gustave Roussy Villejuif
ROBIN-SANCHEZ Nathalie	Directeur d'Hôpital, CHU Nantes
BEN BRAHIM Walid	Elève Directeur chargé de la restitution de chaque séance et des synthèses par groupe
BERTRAND Juliette	Elève Directeur chargé de la restitution de chaque séance et des synthèses par groupe
FLORI Pauline	Elève Directeur chargé de la restitution de chaque séance et des synthèses par groupe

MISSION MINISTÉRIELLE VISANT À PROMOUVOIR LA BIENTRAITANCE
GROUPE 5 : "Accompagnement de la personne en fin de vie et de ses proches"

Coordonnateur : Martine Chriqui-Reinecke : martine.chriqui-reinecke@tonicplus.fr

NOM Prénom	Fonction
BITAUD Maryvonne	Directeur, Pôle Gériatrie, CHU Nantes
BLOCIER Mélanie	AS, GHU Henry Mondor Créteil
CONSTANTINIDÈS Yannis	Agrégé et Docteur en Philosophie, Département de recherche en Éthique, Université Paris Sud 11
DEVALOIS Bernard	PHAR, Chef de service, USP Puteaux (Paris)
DRAY Arnaud	Médecin, Urgences, Hôpital Ambroise Paré, AP-HP
DICHELÉ Anne-Marie	Psychologue, Unité Mobile de Soutien et de Soins palliatifs, CHRU Montpellier
FORCIOLI Françoise	Déléguée Régionale, ANFH Corse
GHIGNA Léo	IDE, GHU Henry Mondor, Créteil
GILLAIZEAU Dominique	Représentant des usagers, CHR Bordeaux
JAVEL Patrick	Coordonnateur, Réseau Respavie CSS, CHU Nantes
KALFA Marilyn	Médecin Chef, Hôpital Cité des Fleurs Diaconesses Courbevoie
MARCEROU Angèle	IDE référente douleur, Service Soins Palliatifs, Hôpital Joseph Ducoing Toulouse
NECTOUX Martine	Infirmière Clinicienne, Chargée de projet "Pratiques cliniques et développement professionnel", Observatoire National de la fin de vie Paris
QUINQUIS Marie-France	Association de bénévoles d'accompagnement "Rivages", Claire Demeure Versailles
SAINT-LÉGER Marie	Psychosociologue
SALAMAGNE Michèle	Médecin, Unité de Soins Palliatifs
SHILI Nouredine	Psychologue, Claire Demeure Versailles
TRÉBULLE Anne-Marie	Directrice des Soins, Maison Médicale Jeanne Garnier Paris
BEN BRAHIM Walid	Elève Directeur chargé de la restitution de chaque séance et des synthèses par groupe
BERTRAND Juliette	Elève Directeur chargé de la restitution de chaque séance et des synthèses par groupe
FLORI Pauline	Elève Directeur chargé de la restitution de chaque séance et des synthèses par groupe

MISSION MINISTÉRIELLE VISANT À PROMOUVOIR LA BIENTRAITANCE
GROUPE : "*Bienveillance et Laïcité*"

Coordonnateur : Martine Chriqui-Reinecke : martine.chriqui-reinecke@tonicplus.fr

NOM Prénom	Fonction
BILGER Vincent	Directeur Croix-Rouge Française Maison Henry Dunant, Maison d'enfants à caractère social , Centre de placement familial socio-éducatif
CHARLES Nathalie	Formateur et intervenant en école d'EJE à Paris
CHARRET Isabelle	Médecin (gériatre) Hôpital Croix Rouge Henry Dunant, Centres d'accueil de jour Croix St Simon Paris
DEVALOIS Bernard	PHAR, Chef de service, USP Puteaux (Paris)
GARO Cécile	Principale Adjointe, Collège Paul Bert Chatou
GILLAIZEAU Dominique	Représentant des usagers, CHR Bordeaux
GUEGUEN Catherine	Médecin Gynécologue
I-GONIDEC Chantal	Assistante Sociale
KALFA Marilyn	Médecin Chef, Hôpital Cité des Fleurs Diaconesses Courbevoie
KUHLMEY Yveline	Kinésithérapeute, Ostéopathe
MARCEROU Angèle	IDE référente douleur, Service Soins Palliatifs, Hôpital Joseph Ducoing Toulouse
MEMMI Michèle	Ingénieur
MITTON Sylvie	Avocat
PALLANCHER Christine	Directrice centres de formation spécialisés services à la personne et prise en charge des personnes âgées dépendantes
QUINQUIS Marie-France	Association de bénévoles d'accompagnement "Rivages", Claire Demeure Versailles
TRÉBULLE Anne-Marie	Directrice des Soins, Maison Médicale Jeanne Garnier Paris
VENTURA Claude-David	Directeur d'Hôpital Hors Classe, Chargé de Mission, Direction Générale de l'Offre de Soins, sous-direction des Ressources Humaines du système de santé
VICTOR-BELIN Nicole	Juriste, Conseil en stratégie pour les affaires publiques



4. LISTE DES MEMBRES DU COMITÉ DE PILOTAGE

MISSION MINISTÉRIELLE VISANT À PROMOUVOIR LA BIENTRAITANCE**LISTE DES MEMBRES DU COMITÉ DE PILOTAGE**

NOM Prénom	Fonction
D'AUTUME Christine	Inspectrice Générale des Affaires Sociales
BENATTAR Linda	Médecin Gériatre, à la direction du groupe de Maisons de Retraite ORPEA
BRESSAND Michelle	Infirmière, Conseillère Générale des Établissements de Santé
CASAGRANDE Alice	Croix-Rouge Française
COMPAGNON Claire	Auteur du rapport
CHRIQUI-REINECKE Martine	Psychologue Clinicienne, Consultante-Conseil
DE BORT Clara	Conseillère Technique, Cabinet de Xavier Bertrand
DEPAIGNE-LOTH Anne	HAS
DOUBLET Yves-Marie	Administrateur à l'Assemblée Nationale
FOURCADE Alexandra	DGOS, Mission usagers
FRERING Dominique	Directrice des Soins, Hôpitaux de Lyon
GHADI Véronique	HAS
JEAN Philippe	Directeur Adjoint, CH Pau
MICHEL François-Bernard	Professeur des Universités, Membre de l'Académie de Médecine
PÉOC'H Nadia	Cadre Supérieur de Santé, CHU Toulouse
POUCHELLE Marie-Christine	Ethnologue, Directeur de Recherche au CNRS
ROEHRICH Bernard	Directeur Général, CHU Tours
SAILLOUR Florence	FORAP
SCHMITT Michel	Médecin-Chef du Département d'Imagerie Médicale, Groupe Hospitalier du Centre Alsace
SERENI Daniel	Professeur de Médecine, Médiateur
VENTURA Claude-David	Directeur d'Hôpital hors classe, Chargé de Mission DGOS
BEN BRAHIM Walid	Elève Directeur chargé de la restitution de chaque séance et des synthèses par groupe
FLORI Pauline	Elève Directeur chargé de la restitution de chaque séance et des synthèses par groupe



5. COMPTES-RENDUS DES TRAVAUX RÉALISÉS LORS DE CHAQUE RENCONTRE PAR GROUPE AINSI QUE LES SYNTHÈSES

GROUPE 1 :

"ACCUEIL ET ACCOMPAGNEMENT DU PATIENT ET DE SES PROCHES"

PILOTÉ PAR : MICHELLE BRESSAND

DATES DES RENCONTRES :

27/09/10 - 04/10/10 - 11/10/10 - 21/10/10 - 18/11/10

Mission « bientraitance », groupe 1
Réunion du 27 septembre 2010, 10h-13h
Compte-rendu

Présents :

- Michelle Bressand
- Geneviève Leclerc
- Laurence Meinier
- Sylvie Escobar
- Michel Touchard
- Walid Ben Brahim

Introduction :

Michelle Bressand présente la mission à partir de la lettre de mission qui a été adressée par la ministre le 27 juillet 2010. Explication de la composition des groupes, du rôle du comité de pilotage et de la composition des groupes.

La bibliographie présentée par Mme Peoc'h est distribuée aux participants, et Mme Bressand explique ce que les missionnaires attendent des groupes : trouver une définition de la bientraitance et identifier les pratiques qui favorisent la bientraitance, particulièrement dans l'accueil et l'accompagnement des patients et de leurs proches pour ce groupe.

Composition du groupe 1 et son évolution :

Mme Bressand explique comment elle a constitué ce groupe et un tour de table est engagé pour éventuellement l'étoffer :

- l'intégration du secteur psychiatrique paraît importante car les établissements de santé mentale ont une vision spécifique de l'accueil ;
- le groupe aurait pu être renforcé par un représentant de la formation des hôtesse d'accueil : un formateur spécifique à l'accueil physique et téléphonique des patients est proposé : il est acté que le groupe va tenter de joindre cette personne pour l'intégrer aux travaux ;
- l'importance de la présence d'un représentant d'un bureau du personnel est évoquée : en effet, le personnel de l'hôpital ne peut être bien traité que s'il est bien traité. La dimension managériale de la mission est discutée et la présence d'un représentant du personnel administratif est actée ;
- le groupe pourrait être enfin agrandi avec la présence d'un autre professionnel médical, en plus du médecin médiateur qui sera présent lors des prochaines réunions : la groupe tombe d'accord sur la sollicitation d'un chirurgien ou d'un anesthésiste et/ou d'un urgentiste ;
- la présence d'une infirmière d'accueil et d'orientation semble indispensable également.

Le groupe réfléchit ensuite aux auditions qu'il pourrait mener :

- l'audition d'un représentant du personnel mortuaire semble importante : le groupe pourra entendre le président de l'association nationale des garçons d'amphithéâtre, qui sera contacté ;
- les réseaux et associations partenaires de l'hôpital doivent aussi, selon le groupe, être entendus : il est suggéré d'entendre le responsable de la maison de usagers de l'hôpital psychiatrique « Sainte Anne », qui sera contacté ;
- la question de l'audition d'un responsable du brancardage est évoquée, mais le groupe s'entend finalement pour ne pas réaliser cette audition, qui serait possiblement mal vécue par la

personne entendue, les professionnels de santé présents dans le groupe seront les porte-paroles de cette profession.

Définitions et cadrage du sujet :

Le groupe évoque d'abord la notion d'accueil et d'accompagnement du patient et de ses proches ; la notion doit être cadrée : le groupe s'attachera donc à étudier le circuit de prise en charge du patient et de ses proches une fois entrés dans l'hôpital (même une entrée virtuelle par téléphone par exemple) jusqu'à ce qu'ils sortent.

Au cours de ce circuit, le groupe essaiera d'identifier les moments privilégiés, qui sont favorables à la bientraitance, et les instants critiques durant lesquels la bientraitance risque de ne pas être observée.

Le groupe a décidé de lister ces moments à risque :

- au sein des services d'urgence ;
- lors d'un décès ;
- lors de la facturation ;
- lors de l'accueil par le personnel ;
- lors de l'accueil téléphonique (exemple des standards automatiques) ;
- lors de la sortie (définitive ou temporaire) de l'hôpital ;
- lors de la prise en charge du patient par un étudiant (médical ou paramédical) ;
- lors de tout transport au sein de l'hôpital.

Concernant la définition de la bientraitance :

➔ le groupe a d'abord travaillé sur la définition de la maltraitance : la notion de maltraitance n'est pas toujours très claire, et il faudra être au clair avec les mots, pour bien savoir de quoi on parle.

➔ au contraire la bientraitance est une notion plus claire, en tout cas il est moins difficile d'en parler.

Le champ de la bientraitance est large : la bientraitance ne se limite pas aux soins stricto sensu, elle concerne aussi les repas par exemple. La définition ne peut pas non plus être nationale, elle sera propre à chaque catégorie professionnelle présente à l'hôpital.

Proposition d'une première définition : « avoir à l'esprit que j'ai le souci de l'autre, que je suis attentionné et que je souhaite aller au bout de ce que je dois faire ».

La définition devra être segmentée selon les catégories socioprofessionnelles. Les professionnels de santé concernés sont :

- les professionnels de l'accueil (secrétaire médicale, agent d'accueil...) ;
- les équipes soignantes : médecins, IDE, AS, ASH, autres paramédicaux ;
- équipes administratives : facturation, assistantes sociales, etc. ;
- personnels chargés du transport : transport internes ou compagnies d'ambulance privées ;
- personnels chargés de la gestion et de l'accueil du personnel (bureau du personnel) ;
- acteurs extérieurs chargés d'accompagner le patient : associations, représentants des cultes, etc.

La question de la permanence de l'accueil et de l'accompagnement, notamment la nuit et le weekend, devra être abordée.

Pour la prochaine réunion :

- les membres du groupe vont lire la bibliographie, prendre les contacts nécessaires à étoffer le groupe et réfléchir à une définition ;
- le rapporteur enverra les documents évoqués lors de la réunion.

Mission bientraitance – groupe 1

Réunion 2, le 4 octobre 2010, 10h-13h
Compte-rendu.

Présents :

- Martine Chriqui-Reineke ;
- Michelle Bressand ;
- Geneviève Leclerc ;
- Laurence Meinier ;
- Sylvie Escobar ;
- Michel Touchard ;
- Daniel Sereni ;
- Walid Ben Brahim.

Introduction :

Tour de table, présentation des membres et de Martine Chriqui-Reineke ;

Propos introductif : il y a une évolution culturelle vers une prise en compte plus importante de la bientraitance, mais il ne faut pas perdre de vue les risques de maltraitance.

Exemples de maltraitance vécus qui sont toujours d'actualité ; on doit s'inspirer des plans de bientraitance en faveur des PA, qui ont de l'avance sur le secteur sanitaire.

Exemple de Bordeaux : comité de pilotage (psdt CME, chefs service, cadres, représentants des usagers, IDE, psychologue du travail) étoffé car la bientraitance est l'affaire de tous, on ne doit pas attendre la fin de vie pour être bien traité.

1. Eléments de définition de la bientraitance :

Dimension managériale : comment motiver les cadres pour que les équipes soient motivées en faveur de pratiques bientraitantes. Ex de la radiologie : trop de personnes présentes au moment de l'examen.

Discussion sur le périmètre de la mission : milieu carcéral ?

Explication de la lettre de mission et des différentes dimensions de la mission : individuelle, collective, managériale, protection sociale des personnels.

Moments critiques : comment rester bientraitant dans des moments critiques ? C'est l'axe de réflexion aujourd'hui. On peut partir du parcours du patient : rdv, accueil, orientation service, pour identifier les instants critiques. Ne pas oublier la question de la signalétique.

Ne pas perdre de vue que la mission concerne la qualité de service : il faut balayer aussi ce qui ne touche pas directement les soins, ex de l'accueil avec la salle d'attente où il n'y a pas assez de chaises... Il faut également prendre le parcours du patient et identifier les moments critiques.

Le principe est que la définition est grossière car le malade est **vulnérable**, angoissé, sentiment d'être agressé : le discours doit être adapté, cela permet une compréhension des actes de la démarche, de la pathologie, et de s'assurer du niveau de réception de l'info pour éventuellement reformuler et adapter le discours (déjà dans la loi Leonnetti, cf. résultats des enquêtes satisfaction).

Il faut aussi tenir compte d'un élément prégnant : la concurrence, notamment avec le privé, dans le service public on perd le confort, alors que le privé sait le faire ;
Les conditions matérielles d'accueil sont enfin un élément important : il est essentiel que l'environnement spatial du patient respecte son confort, sa dignité, sa confidentialité (chambres à 1 lit) : attention aux recettes subsidiaires pour ce type de chambre.

2. Identification des pratiques favorables à la bientraitance et à la qualité de service

Arguments en faveur des pratiques bienvenues : le travail en équipe, il faut se reposer sur les vraies valeurs, valoriser l'expression de chacun dans leurs propres mots.

Ex de la mise en place d'un pôle, avec des habitudes ancrées, va à l'encontre des conceptions du chef et du cadre → management axé sur la qualité et partage de valeurs ; beaucoup d'énergie, de discussions, échanges nombreux, puis travail sur la notion de bientraitance. Chacun arrive à des définitions avec des valeurs connues : permettre prise en charge de qualité tout en respectant valeurs et droits des patients (dignité...).

La dynamique de pôle enclenchée sur le budget du pôle, choix fort pour former tous les agents, pilotage par un cadre et médecin pour mettre en œuvre et diffuser les pratiques bienveillantes. Tous les métiers sont représentés : regard sur les pratiques de la part de tout le monde, tout le monde a pu s'exprimer...

Proposition : ces gens du pôle sont prêts à venir exposer leur point de vue sur ce sujet.

Le groupe a convenu d'un préalable : règles incontournables politesse, respect, bienséance doivent être respectées ; et la **réciprocité** est vraie + se présenter identité professionnelle

3. Objectifs pour les établissements, les ARS et autres institutions pour favoriser la bientraitance et la qualité de service

La question de la bientraitance doit s'inscrire dans un projet d'établissement : ne doit pas s'arrêter au seuil du service d'accueil...

Si inscription dans un projet d'établissement : doit être le fil rouge, pas que dans le projet médical ou projet infirmier, la dimension financière est à prendre en compte, la question des effectifs également et la non maltraitance doit être maintenue à l'esprit. La formation des chefs d'établissement, des administratifs est aussi indispensable.

L'une des clés de la réussite : l'objectif de la bientraitance doit être un incontournable dans les objectifs de l'établissement et doit se retrouver dans tous les services de l'hôpital, les valeurs doivent être institutionnelles.

Question de la comparaison avec le privé également mérite d'être posée : on traite de la clientèle, qualité de service est une préoccupation alors que souci de l'équilibre financier.

Leviers : le clientélisme est un levier important, la situation est concurrentielle, donc il faut être opportuniste. La qualité de l'accueil a aussi une retombée économique importante car fidélisation importante donc les gens reviennent.

CF. les classements faits par les journaux etc.

4. Modalités de mise en œuvre dans les établissements de santé

Il y a une nécessité de communication et d'échange d'info : désamorcer la bombe de l'agressivité : dispositif qui permet d'aller au devant des familles, des accompagnants pour donner des infos pertinentes, fonction qui permet de fluidifier accueil...

Cf. agressions physiques des personnels par des personnes stressées qui ne savent pas (Mulhouse par exemple) → IDE ou AS, pas un ETP sur le poste, sélection sur capacité relationnelle et pédagogique importantes

Il faut une cohérence entre les acteurs qui interviennent dans la prise en charge : même discours qui doit être tenu par tous les soignants + faciliter échanges d'info
Sans forcément le borner aux soins : les à côtés qui préoccupent les familles (tv, téléphone, repas, ...)

Le personnel doit avoir le souci de transparence par rapport à ce qui est fait (actes...) pour la personne soignée.

La réflexion doit être poursuivie sur les accompagnants : création d'un lieu de vie pour les accompagnants, notamment dans unités soins palliatifs, maladies chroniques (hospitalisations longues et fréquentes) → lieu de bouffée d'oxygène, repos pour les accompagnants, partager leur charge émotionnelle ex : usld, néonats, soins palliatifs

La dimension culturelle : dans les formations initiales des professionnels à l'hôpital : méconnaissance de la culture de l'autre, source de conflit, d'agressivité, d'angoisse, pour les patients → sentiment de mauvaise prise en charge alors que pour les soignants ce sont des actes basiques et normaux.

Dans la phase d'attente du patient : dignité, confidentialité sont parfois oubliées pour des raisons matérielles : on ne peut pas tout changer mais si on les liste cela peut aider à faire avancer les choses car les conditions matérielles sont parfois difficiles à l'hôpital.

Accueil et accompagnement : rôle d'exemple du médecin à ne pas oublier en plus de l'exemplarité du manager... Traditions, styles, qui sont parfois admis en raison du savoir-faire, le critère « gentil » n'est pas pris en compte. Malgré tout il faut être exemplaire, même pour le médecin
Ex de frapper à la porte avant d'entrer.

Méthode : il y a des choses qui sont innées, la communication n'est pas une qualité donnée à tout le monde... Du côté médical, ce n'est pas simple de montrer cela comme une préoccupation, un besoin, un sujet digne d'étude.

Qualité contact n'est pas innée, formation parfois nécessaire... Standards automatisés : la question est abordée une nouvelle fois, erreurs d'aiguillage sont gênantes dans l'accueil du patient.
Ambiguïté : évolution technologique qui entraîne un dysfonctionnement au niveau de l'accueil...

La question de l'informatisation du dossier patient doit être posée (cf. prochaine réunion).

Mission bientraitance – groupe 1

Réunion 3, le 11 octobre 2010, 10h-13h

Compte-rendu.

Présents :

- Michel Schmitt ;
- Marie-Madeleine Brémaud ;
- Geneviève Leclerc ;
- Laurence Meinier ;
- Sylvie Escobar ;
- Michel Touchard ;
- Daniel Sereni ;
- Catherine Fournier ;
- Liliane Kienzler ;
- Walid Ben Brahim.

Introduction :

Tour de table, présentations

Remarque : le pilotage alterné des groupes entraîne de la perte de temps et n'est pas la meilleure méthode pour avancer → certaines choses sont déjà dites, le groupe a déjà fait des propositions ;

Beaucoup de temps pour faire des propositions de définition, maltce/bientce... Mais il faut aller dans les choses très concrètes, propositions sur la gestion des enfants, gestion des morts et de leurs familles, des standards...

Articulation avec le rapport demandé par la HAS en janvier 2010 : rapport sur témoignages ce qui ne va pas dans les hôpitaux : on recense les problèmes, le travail d'aujourd'hui c'est la suite, faire des propositions concrètes. Articulation complète, pas d'action isolée.

Question articulation entre les groupes de la mission : le comité de pilotage sera chargé de faire cette articulation.

Dans les détails des propositions : ex de la formation spécifique à l'accueil, que mettre dans cette formation ? Il faut maintenant déterminer un contenu à cette formation + discussion autour des pistes de réflexion déjà données.

Identification des pratiques favorables à la bientraitance :

Quelles procédures pour gérer l'agressivité du patient :

- appel à la sécurité, procédure écrite ; dans 99% des cas en expliquant au préalable on désamorce ;
- dans le secteur psychiatrique : agressivité quotidienne, personnel formé systématiquement et système de tutorat, appel à renfort quand le patient devient ingérable : appel accueil, qui ventile la demande et porter main forte à l'équipe en difficulté → ces procédures seront transmises au groupe.
- sur des secteurs plus exposés, nécessité d'une formation plus spécifique sur la gestion des agressions (axe institutionnel, et maintenant axe des pôles), travail sur jeux de rôles... pour mieux

gérer l'agressivité quelle qu'elle soit (verbale, physique...). Cela concerne la psychiatrie et les urgences principalement + procédure institutionnelle pour tous les agents, déclaration accident du travail, EIG qui sera étudiée, rendez-vous à la médecine du travail et accompagnement si nécessaire + avertir secrétaire du CHSCT ;

- consultations maternité : consultations très longues, le système d'étiquettes est faillible quand l'info ne circule pas ; étrangers doivent être sur le territoire depuis au moins 3 mois pour bénéficier d'une prise en charge, donc pose problème, rôle de l'assistante sociale, mais impression que les soignants n'ont pas le droit de leur dire non... même si manque de places ;

Autres exemples :

- système de confirmation obligatoire 36h avant sinon rendez-vous annulé qui donne des résultats intéressants. Mais contre-exemple de tentative d'annulation mais bloqué au standard...

- standard téléphonique : hôtesse qui sont dans les salles d'attente, reçoivent tous les appels et repassent les appels dans les services, retour en arrière après mise en place standard ;

- automatique : contre car absence de fidélisation, source de difficultés pour le patient.

On ne peut pas dissocier la bienveillance des capacités de personnel et capacités de l'hôpital : sur accueil téléphonique, on ne peut pas avoir assez de personnel pour répondre à toutes les demandes, il faut être réaliste : utilisation d'Internet ? Mais portion limitée de gens qui peuvent l'utiliser.

Objectifs pour les établissements, les ARS et les structures nationales ;

Objectifs en matière de fonctionnement des services :

- ex dame 90 ans qui arrive : fracture du fémur, hospitalisation en orthopédie, transfert SSR, phlébite, embolie pulmonaire, morphine à haute dose → transfert car difficultés respiratoires, saturation pas bonne, surdosage morphinique ; orthopédiste pas joignable pendant 2 jours et finalement prise en charge à 20h : parole de la famille : « ne sert à rien de bien s'occuper des malades dans votre service si le reste ne suit pas ». Dans un service, l'amélioration de la prise en charge se fera par des petites choses, mais on est obligé de le dire pour bien faire + il faut que **tout le service aille dans le même sens.**

- problème du téléphone : les gens ne savent pas forcément se servir d'un portable → mais l'utilisation des lignes fixes pose des problèmes de logistique : interventions pas assez rapides ou impossibles certains jours (dimanche par exemple...).

Le soin n'est pas uniquement la technique, l'environnement compte aussi. Pour améliorer les choses, il faut que le patient et sa famille soient au courant des règles du service et de l'établissement : les renseignements doivent normalement figurer dans les livrets d'accueil.

Les droits et devoirs des patients :

Réflexion sur les droits et devoirs des patients : à faire ? Les droits sont évidents, les devoirs moins : respect du personnel, des horaires, annuler un rendez-vous... Certains disent que le patient n'a pas de devoir car il est en situation de faiblesse. On pourrait aller jusqu'à la charte des droits et des devoirs du patient.

Ex : attente de greffe on doit signaler tout changement de numéro.

Il y a des devoirs des patients, même sur le plan moral : les patients sont comme tous les citoyens, bénéficiaire d'un système de solidarité nationale (curatif et préventif), donc sur le plan moral il

n'est pas gênant de donner des devoirs au patient. Quand les personnels sont formés, cela facilite les choses pour le patient qui est accueilli : la qualité de l'accueil facilite les choses... En bref on peut l'appeler différemment (ex attitude respectueuse des personnels et des règles) mais cela revient au même : le patient a des devoirs.

Difficulté avec les patients étrangers : attitude offensive pour rentrer dans le système, alors qu'on peut s'attendre à une attitude plus discrète. Que fait-on d'une personne avec un cancer et un visa touristique ? Question éthique qui se pose, en général l'hôpital le paie. Insistance un peu forte qui est dure pour le personnel et difficile à gérer → il y a donc des devoirs pour les usagers et leurs familles.

Concernant les questions culturelles : xénophobie, racisme : de la part du personnel c'est intolérable, mais ça l'est tout autant de la part des patients et de leurs familles.

Exemple des chambres mortuaires : le même exemple des étrangers est repris, dans le box d'accueil, les gens arrivent et imposent leur religion et leurs rites. Même si les règles sont strictes et non négociables, ils font le forcing pour venir.

Psy : usager a des devoirs, respect de l'autre, du règlement, du soignant, de l'institution.

Objectifs en matière de gestion des flux de patient et des services :

Gestion des patients dans un temps court : consultations en amont, hospitalisations plus rapides → c'est la planification et la préparation en amont qui permet une prise en charge condensée, plus facilement gérable.

Est-ce le temps de transmission avec équipe pluridisciplinaire pour parler de chaque patient et chaque cas qui pose souci ? Pas forcément le cas en chirurgie, même si le temps de transmission est toujours trouvé + projet de dossier patient informatisé. Continuité du personnel car pas forcément d'intérimaires, gestion du temps dépend d'une organisation, qui doit intégrer le temps de transmission, qui est indispensable.

Dossier informatisé : orientation de tous les établissements, pour le soin, la prescription, malgré cela **transmission orale indispensable, et le sera toujours.**

Attention personnel intérimaire : il y en a souvent quand même, et cela pose problème car c'est une prise en charge par des gens qui ne connaissent pas les patients et le service...

Problème de la gestion pour les cadres : cf. autres groupes et remarques sur la difficulté du travail du cadre. Marginal pour le groupe : réunions de transmission organisée par le cadre, rencontre avec le personnel de façon régulière pour dire les choses et avancer. Cas où il n'y a jamais de réunions de service... Manque de temps d'échange humain pour développer solidarité qui permet de se sentir bien dans son travail.

Il faut aussi dire ce qui va bien et pas seulement ce qui ne va pas.

Modalités de mise en œuvre des objectifs :

La communication :

La communication est fondamentale : quand on prend en charge quelqu'un et qu'on lui donne les éléments de compréhension de sa situation, l'inquiétude diminue, les agressions du personnel devront donc diminuer → ex du personnel dédié qui communique aux patients l'état

d'avancement de leur cas, c'est une IDE car formée aux soins donc plus value dans l'explication...

Fiche de poste : cf. ex de Valenciennes, la fiche de poste sera diffusée.

- Communication par le journal interne, un article sur une fonction, une compétence particulière.

La valorisation du personnel et de leur travail :

- Les pratiques avancées : il faut favoriser l'émergence de nouvelles compétences et les accompagner : ex d'avoir des personnes ressources pour une thématique, qui sont identifiées pour l'ensemble de l'établissement + une journée travail thématique, journée institutionnelle, posters, manifestations spécifiques → reconnaître et partager une compétence reconnue

Ex du CH de Valenciennes : campagne de communication puis découverte de ces compétences nouvelles même par le corps médical ;

- Le chef de service doit parfois parler autrement, avoir du respect pour le personnel, notion d'exemplarité ; prise en charge des IVG et refus initial de la patiente : prise à part dans un autre bureau, discussion avec elle pour améliorer les conditions de prise en charge : reconnaissance du temps passé avec le patient est nécessaire ;

- Connaissance et reconnaissance du travail et de la charge de travail de l'autre : pas forcément technique, pas forcément mesurable mais est essentiel donc doit être reconnu ;

- Donner un nom à la fonction, en plus du nom du grade, très important pour la reconnaissance ;

- Lorsque sont organisés des congrès ou des journées professionnelles : aider les équipes à présenter leurs travaux lors de ces manifestations ;

- permettre accès à la formation et que la formation soit valorisée une fois effective, autant pour la personne que pour l'institution → ex pour les cadres de santé, il est demandé d'aller jusqu'au master pour suivre l'enseignement, mais pas forcément les moyens de le faire (fait sur le temps personnel...) ; + accompagnement plus largement de l'institution vers l'universitarisation ; autre exemple des avancées technologiques pour les professionnels des labos ;

- avoir des retours sur des expérimentations pour l'industrie pharmaceutique qui ont été faites par des IDE dans des services donnés → inclure les soignants dans une mission, leur travail ne s'arrête pas à la fin du service, demande avis, valorisation par nouvelles tâches ce qui les fidélisera également + avoir le retour de ce qui va bien aussi (questionnaires patients) ;

Evaluation de la satisfaction du personnel :

- urnes fermées ;

- volet social du développement durable : dans ce cadre étude personnel sur le ressenti au travail envisagée ;

Management :

Sujet des tensions dans l'équipe soignante : ressenti fort de ces tensions par les patients ou leurs familles.

- Pb des médecins qui ne sont pas joignables par les familles, notamment le dimanche après-midi... il faut prendre rendez-vous alors que la semaine ils travaillent. On revient au problème

des devoirs : il ne peut pas y avoir un médecin tout le temps, normalement affichage doit suffire, il faut communiquer à la famille.

- conflit : médecins avec secrétariat, médecin ne peut pas répondre, prise message, mais rappel à la suite... Conflits et incompréhensions. Le manque d'informations est la cause majeure de conflits ;

Idée de « communauté soignante » : tout le monde (médecins, IDE, AS, ASH, secrétaire...) porte le patient dans son projet de soin, si un maillon lâche tout lâche, chacun a sa place et chaque place a son importance. Rôle et positionnement du médecin sont importants : pour être chef de pôle il faut au-delà de la formation initiale, formation en management initiale et continue.

Système est de plus en plus structuré, niveau d'une PME, il faut être formé pour diriger ce genre de service, et les cadres ont été plus choisis sur ces compétences managériales que les médecins chefs de pôle.

Qualité communication et management sont quand même un peu innées.

Développer le sentiment d'appartenance : si les gens ne vont pas trop bien, on réunit le personnel pour écrire les valeurs de soins, les conduites évitables, et faire une charte → cela fusionne les gens et donc sentiment d'appartenance plus fort.

Groupe 1
Réunion 4, 21 octobre 2010, 14h-17h
Compte-rendu

Maison des usagers Ste Anne

Maison des Usagers (mdu) : une seule facette de la bientraitance, notion émergente avec la certification, pousse les professionnels de santé (PS) à s'investir.

5 Axes :

- info des patients : sur les horaires, fléchage service ;
- lutte contre épuisement professionnel : aider les PS à parler de leurs pratiques et poser leurs questions ;
- implication du patient et de son entourage dans les soins : éducations thérapeutiques, écoute famille, tutorat, mdu ;
- Dimension institutionnelle : plateforme éthique, groupe qualité ;
- définir les typologies des risques de maltraitance, outil à détailler.

C'est la certification qui a permis de faire avancer les choses

Ateliers réflexion éthique et soins : en formation continue, ouvert à tous les soignants : sensibiliser les soignants aux concepts philo (pas un cours de philo) ; participants doivent amener des situations cliniques, pendant lesquelles on a eu un dilemme éthique. → taux participation : le début donc pas beaucoup de gens... thèmes abordés : intro des nouveaux droits des patients, comment donner les soins.

Quelle évaluation : tous les participants ont trouvé cela riche, mais ne règle pas la question des conséquences sur la pratique concrète dans un service, comment passer de l'individuel au collectif ?

Mise en place d'une plateforme éthique : après auditions, plateforme 50% établissement et 50% extérieurs (philo, pjj, aumônier) : plateforme saisie sur des dilemmes : réflexion sur la pratique. Ex refus de soins somatiques sur les pathologies psy...

Un groupe de travail bientraitance/maltraitance, revue de littérature et recensement des outils car beaucoup de choses dans le secteur médicosocial. Réécriture des procédures de signalement internes et externes car les textes sont mal connus pour mise à jour des connaissances + kit d'auto évaluation des pratiques professionnelles : testé dans quelques services, fait l'objet d'une réunion d'équipe par la suite après réflexion personnelle de chacun.

→ diffusion à tout le monde, y compris aux médecins très bientôt

Doit aussi servir (croisé avec les EIG et CRUPCQ) à lister les facteurs de risque : liste déjà en cours de réalisation.

Interrogations sur le respect du droit des patients : améliorer la connaissance du droit des patients par les soignants = formation d'une équipe de formateurs et prg de formation expresse aux droits des patients.

Réflexion idem aux Murets : pas possible car trop loin des transports etc. donc pas applicable partout... → peut être en créer une dans la ville ?

Gestion des assos au sein de l'hôpital :

Les associations ne font pas assez remonter : le dialogue doit être fait au niveau des services ; les assos ont leurs habitudes, elles travaillent directement avec les PS.

Causes des plaintes : beaucoup de problèmes relationnels, les gens ne sont pas contents car manque de respect : bonne moitié concerne cela, défaut d'info sur la prise en charge, on ne sait pas comment ni quand on va être pris en charge, ce qui va leur arriver, temps d'attente, etc. → rôle de l'IAO ? Avoir un interlocuteur pour désamorcer les situations : le fait d'avoir un cadre administratif cela s'apaise, explications des procédures, enquêtes, ça désamorce. Ex d'un hôpital à Amsterdam où un administrateur de garde passe dans les urgences tous les 1/4d'h pour s'assurer que tout se passe bien : possible ?

A-t-on besoin d'un interlocuteur de plus alors que c'est aussi le rôle des soignants... Mais ex de Béthune, pas de dérive car intervention exceptionnelle et les services doivent se justifier quand il y a une intervention. Attention à ne pas se reposer sur les équipes mobiles, mdu ou autres structures parallèles au lieu de s'en occuper soi-même... Quand on a mis en place ces équipes mobiles on disait qu'on aurait gagné quand plus besoin de ces équipes car on devait diffuser la culture douleur à l'hôpital... Aujourd'hui c'est le contraire, chacun garde sa science et pas de diffusion de cette culture...

Question de l'appropriation par les médecins : en général d'autres priorités et croulent sous les autres procédures. Il faut une écoute de la part de l'encadrement et des médecins.

Du côté administratif : comment développer la bienveillance autrement que du côté soignant ? ex de facturation : agent de l'hôpital tué en quittant son lieu de travail pour son domicile, funérailles passées, le lendemain facture du smur est arrivée → interpellé sur la facturation qui arrive très vite. Ex des lettres de rappel, ou encore des CR de consultation ou d'opération qui sont envoyés alors que la personne est décédée.

Pb brancardage : problème de recrutement, de turn-over, de qualité → pb commun à beaucoup d'établissements, notamment pas monoblocs : sols pas adaptés, ascenseurs, méconnaissance et non formation des agents vis-à-vis de la pathologie, méconnaissance de la personne qui est transportée. Ex de personnes homonymes, le brancardier s'est trompé de personne... → question de la formation des brancardiers devra être abordée. Période du brancardage est à risque.

Cuisines : questionnaires satisfaction, on a des problèmes de stationnement, repas froids ou quantité insuffisante → moments importants et privilégiés dans la vie du patient, une fois la phase aigue passée.

Repas en salle à manger : difficile de faire une présentation correcte...

Pb des médicaments délivrés et la DCI, méfiance envers les prescriptions et vérification que c'est le bon médicament... Infos sur le médicament sont accessibles dans les pharmacies mais pas à l'hôpital ! Délivrance aux heures de l'hôpital, problèmes du doublon avec leurs propres médicaments... Conditionnement des médocs : le malade doit pouvoir voir ce qu'il prend, il faut un emballage dans la mesure du possible.

Question du bruit : chantiers, travaux, question récurrentes... → chambres presque insonorisées ?

Approche de la présentation :

- freins, au début ou à la fin ? Il faut les identifier... Petite caricature de la journée d'un patient à l'hôpital qui n'a pas de chance → identifie toutes les phases de risque. Pas une bonne idée pour les femmes...

- définition bientraitance : intégrer la définition d'un établissement bientraitant → qui a identifié tous les obstacles à la bientraitance.

- données objectives : problème c'est qu'il n'y a pas de données scientifiques : tentative de récupérer des données de l'AP, sondage HAS, etc.

- recherche sur la bientraitance : paramédicaux ou médecins, ministère ou ARS peuvent lancer des appels d'offres avec des budgets fléchés. Important de dire qu'on met des moyens, pour que les choses soient mises en place concrètement...

Problème accueil et compréhension : besoin d'interprète, que les gens soient formés en fonction de la population de l'hôpital.

Accueil : il faudrait du turnover, la bonne info, payés pour ça, et ont des moyens pour faire la bonne prestation de service.

Synthèse des travaux du groupe 1 Accueil et accompagnement du patient et de ses proches

Personnes ayant contribué aux travaux du groupe 1 :

- **Marie-Madeleine Brémaud**, cadre de santé, chambre mortuaire, groupe hospitalier Cochin-Broca-Hôtel-Dieu (75) ;
 - **Aude Caria**, psychologue, responsable de la maison des usagers, établissement public de santé mentale de Sainte-Anne (75) ;
 - **Dominique Deschildre**, attaché d'administration hospitalière, responsable département de relation avec les usagers, Centre hospitalier de Béthune (62) ;
 - **Sylvie Escobar**, infirmière diplômée d'Etat, service de médecine et pneumologie, centre hospitalier intercommunal de Villeneuve Saint Georges (94) ;
 - **Catherine Fournier**, infirmière diplômée d'Etat, service de transplantation rénale, hôpital Necker (75) ;
 - **Liliane Kienzler**, agent d'accueil téléphonique, service de gynécologie obstétrique, centre hospitalier intercommunal de Villeneuve Saint Georges (94) ;
 - **Geneviève Leclerc**, directrice des soins, centre hospitalier de Valenciennes (59) ;
 - **Yvette Le Querré**, cadre de santé, chambre mortuaire, hôpital Européen Georges Pompidou (75) ;
 - **Laurence Meinier**, cadre de santé, Institut de formation en soins infirmiers, Centre hospitalier de Nevers (58) ;
 - **Daniel Sereni**, professeur de médecine, médiateur médical, hôpital Saint-Louis (75) ;
 - **Karima Silvent-Maadi**, directrice des ressources humaines, groupe Korian (75) ;
 - **Michel Touchard**, directeur des soins, établissement public de santé mentale des Murets (94).
-
- **Michelle Bressand**, Conseiller générale des établissements de santé ;
 - **Martine Chriqui-Reineke**, psychosociologue,
 - **Michel Schmitt**, radiologue,
 - **Association EHESP Conseil** (compte-rendus et synthèse).

Eléments de cadrage :

➤ Champ du sujet :

Le thème traité dans ce groupe est **l'accueil et l'accompagnement du patient et de ses proches** : cela implique de se préoccuper de toutes les étapes du parcours patient et de ses proches au sein de tous les établissements de santé, y compris les établissements publics de santé mentale.

➤ Méthodologie :

La réflexion a donc été enrichie par deux schémas synthétiques de parcours « standard » du patient et de ses proches à l'hôpital, en hospitalisation et en consultation.

Ces schémas identifient des **étapes critiques**, pour lesquelles il y a un risque de rupture de la politique de bientraitance mise en place, tant pour les patients que pour leurs proches.

Ces étapes critiques apparaissent notamment lorsque le **contexte de prise en charge du patient est modifié**, par exemple quand plusieurs équipes ou secteurs se relaient dans le parcours de soins du patient.

Par ailleurs, l'analyse du parcours patient a montré que **l'efficacité des secteurs logistiques, techniques et administratifs** est un atout supplémentaire pour permettre aux équipes de centrer toute leur attention sur les personnes avec lesquelles elles sont en prise directe.

Enfin, des situations critiques ont été identifiées lorsque **l'entrée** (amont) et **la sortie** (aval) n'ont **pas été suffisamment anticipées**.

Exemples : l'arrivée en urgence (situation la plus critique) ; l'arrivée d'un patient non prévu en consultation ; la sortie non programmée, précipitée ou non accompagnée, notamment dans une perspective de continuité des soins.

Proposition de définition :

Le groupe souhaite dégager une **définition de la bientraitance adaptée et compréhensible par tous les acteurs** des établissements de santé, c'est-à-dire par les professionnels médicaux et paramédicaux, par les agents logistiques, techniques et administratifs, mais aussi par les patients et leurs proches.

Ainsi, l'approche trop conceptuelle étant écartée, il importe de prendre en considération :

- les diversités de niveau de formation et de qualification des personnels de l'établissement ;
- le « *turnover* » important des personnels dans les établissements, une définition assimilable rapidement s'impose ;
- les difficultés à trouver du temps pour la formation continue, ce qui ne permet pas d'avoir un niveau homogène de connaissance de la bientraitance et de ses enjeux.

Pour le groupe, être bientraitant c'est donc « ***agir en ayant constamment le souci du bien être de l'autre*** ».

Cette définition, une fois adoptée et assimilée par tous les acteurs des établissements de soins, leur permettra de **s'impliquer dans la mise en œuvre de la politique de bientraitance**. Elle pourra être enrichie, complétée, selon les expériences et les formations de chacun.

C'est donc l'établissement dans son ensemble qui est concerné par la prise en charge du patient et de ses proches, nous pouvons ainsi parler de qualité de service.

Éléments de réussite de la politique de bientraitance :

Le travail de réflexion du groupe s'est ensuite orienté vers le **contexte et les pratiques favorables à la bientraitance**, comme autant d'éléments de réussite de la mise en place d'une politique bientraitante à l'hôpital. Au cours de cette réflexion, ont été identifiés des facteurs favorisant et des facteurs bloquants. **La perception de ces facteurs est indispensable** à la mise en œuvre d'une politique de bientraitance dans les établissements de santé.

➤ Facteurs bloquants :

1. Dimension managériale et ressources humaines

Le premier facteur identifié se rapporte aux effets de la **politique de relations humaines** sur les personnels.

Le groupe retient que le personnel des établissements de santé doit être **respecté, considéré et valorisé** afin d'intégrer au mieux les objectifs de bientraitance.

L'encadrement médical, paramédical et administratif doit avoir un **rôle d'exemplarité** vis à vis du personnel, afin que celui-ci soit à son tour bientraitant envers les patients et leurs proches.

C'est ensuite la **mauvaise répartition de la charge de travail** qui a été soulevée en tant que facteur bloquant : une répartition déséquilibrée (notamment la nuit ou les week-ends) ne favorise pas la mise en œuvre d'une politique de bientraitance dans ces moments de surcharge.

La **dimension disciplinaire** est aussi évoquée par le groupe, dans le sens où le sentiment d'impunité dans certains cas de maltraitance ne contribue pas à promouvoir la bientraitance dans les établissements de santé.

Enfin, la **question des attitudes du patient ou de ses proches** envers le personnel a été abordée. En effet, les agents sont parfois confrontés à des situations dans lesquelles le patient ou ses proches sont agressifs, tant verbalement que physiquement. Il est alors difficile pour eux de développer une attitude bientraitante face à ces comportements.

2. Dimension stratégique et organisationnelle

Dans une optique plus stratégique, le groupe a mis en avant la difficile adéquation entre obligations de service public d'une part et environnement concurrentiel d'autre part, lequel encourage à améliorer la qualité de service. Ce contexte ne favorise pas toujours la mise en œuvre d'une politique de bientraitance.

C'est ensuite **l'absence de dynamique de certains pôles d'activité** qui a été pointée comme facteur bloquant : lorsque la politique de la bientraitance n'est pas portée par l'encadrement (médecins et cadres paramédicaux), elle est difficile à mettre en place sur le terrain.

Le groupe a également insisté sur la mise en place croissante des standards téléphoniques automatisés, qui risque de devenir un facteur bloquant. En effet, les patients et leurs proches peuvent être déstabilisés et mal orientés du fait de l'utilisation de ce type de technologie.

Enfin, l'obstacle majeur de **la mauvaise circulation ou du défaut d'information** a été fortement relevé, que ce soit :

- entre le patient et le soignant (relation réciproque) ;
- entre les équipes soignantes, notamment dans le cas du transfert de patient d'un service à un autre ;
- entre les équipes soignantes et les agents logistiques ou administratifs.

➤ Facteurs favorisants :

1. Dimensions managériale et ressources humaines

Dans la dimension managériale et ressources humaines, le premier facteur favorisant est la **politique de formation** : lorsque tous les agents sont formés à l'accueil, la bientraitance dans son volet « accueil et accompagnement » est alors plus ancrée dans les pratiques.

Le **renouvellement des équipes**, sans être trop fréquent, suscite le questionnement des pratiques et l'enrichissement de la compétence des professionnels.

Enfin, l'investissement dans une politique majeure d'**amélioration des conditions de travail** est un facteur clé de la réussite managériale de la politique de bientraitance.

2. Dimensions stratégique et organisationnelle

Dans ces dimensions, le premier facteur favorisant identifié est celui de la **dynamique d'établissement** à enclencher. La **bienveillance**, selon le groupe, doit être mise en œuvre d'abord à l'échelle de l'établissement : elle doit être inscrite comme **objectif stratégique** dans le projet d'établissement et toutes ses déclinaisons.

La culture de la bienveillance doit aussi être **portée au niveau des pôles d'activité** par l'encadrement (médical et paramédical), ce qui favorise sa diffusion aux équipes.

La **présence d'un agent identifié**, notamment dans les services d'urgence, qui explique l'état d'avancement de la prise en charge au patient et/ou à ses proches est aussi considérée comme un facteur positif. Par ailleurs, la possibilité de **rencontrer un responsable administratif** en cas de réclamation est le complément nécessaire à la présence d'un agent identifié.

La mise en place **d'espaces d'échanges** (entre les équipes et avec les autres professions) est aussi l'une des clés de la réussite d'une politique de bienveillance. Que ce soit sous la forme d'ateliers de réflexion éthique, de plateforme éthique, ou d'échanges sur des retours d'expérience, ces lieux d'échanges et de débat ont été identifiés comme éléments favorables.

La mise en place de **procédures de gestion de l'agressivité** permet également de favoriser la culture de la bienveillance dans les établissements de santé. En effet, le fait d'avoir des outils ancrés et solides pour répondre aux violences physiques ou verbales dont les personnels sont parfois victimes permet de les rassurer et de les protéger.

Enfin, le fait que les établissements de santé soient situés dans un **environnement concurrentiel** est aussi un facteur favorisant la mise en place d'une politique de bienveillance et de qualité de service. C'est cette **qualité de service** qui construira **l'image de marque** de l'établissement vis-à-vis de ses futurs patients, et fidélisera la population sur un territoire donné.

Objectifs et modalités de mise en œuvre :

OBJECTIFS POUR LES ETABLISSEMENTS DE SANTE

Cinq objectifs sont proposés :

Objectif n°1 :

Consacrer la bienveillance et qualité de service comme un objectif stratégique

➤ Mise en œuvre :

- inscrire cet objectif dans le **projet d'établissement**.

Objectif n°2 :

Mettre en place une politique de bienveillance qui repose sur un socle de valeurs communes à toute la communauté hospitalière et qui soit lisible, compréhensible et assimilable par tous.

➤ Mise en œuvre :

- **auditer tout le parcours du patient et celui de son entourage**, pour identifier les moments critiques de la bientraitance (cf.schémas en annexe) ;
- **identifier un responsable de la politique de bientraitance**, dans le cadre de la politique Qualité au sein de l'établissement ;
- **adapter les locaux à cette politique** : de l'aménagement des parkings au confort des chambres, en passant par les revêtements des couloirs et la signalisation, toute l'architecture de l'hôpital doit intégrer une dimension bientraitance ;
- **s'assurer** que le **système d'information** garantisse une transmission juste et en temps voulu de toutes les données médicales, sociales, administratives ou autres qui concourent à la qualité de la prise en charge ;
- mettre en œuvre un **plan de communication** à l'intention des patients et du personnel ;
- réhabiliter les **règles de politesse**, de respect, de bienséance.

Objectif n°3.

Faire en sorte que tous les personnels de l'établissement (médicaux, paramédicaux, logistiques, techniques et administratifs) soient impliqués et investis dans cette politique de bientraitance.

➤ Mise en œuvre :

- mettre en place un **plan de formation axé sur la qualité**, avec un volet bientraitance, accessible à tous les personnels ;
- favoriser la **cohésion dans la mise en œuvre par une équipe** : nécessité de restaurer l'entraide entre les personnels dans la réalisation de l'objectif ;
- définir des règles de mise en œuvre différentes selon les **spécificités des services**.

Objectif n°4.

Evaluer les pratiques de bientraitance.

➤ Mise en œuvre :

- recueillir l'avis des patients et du personnel sur la politique de bientraitance de l'établissement.

Objectif n°5.

Conserver la lutte contre la maltraitance comme un objectif majeur pour les établissements.

OBJECTIFS POUR LES AUTORITES NATIONALES ET REGIONALES

Trois objectifs ont été identifiés :

Objectif n°1.

Définir des standards d'établissements bientraitants.

➤ Mise en œuvre :

- s'appuyer sur les **critères de certification existants** (HAS) et les faire évoluer afin de pouvoir évaluer le niveau de bientraitance et de qualité de service d'un établissement de manière plus fine.

Objectif n°2.

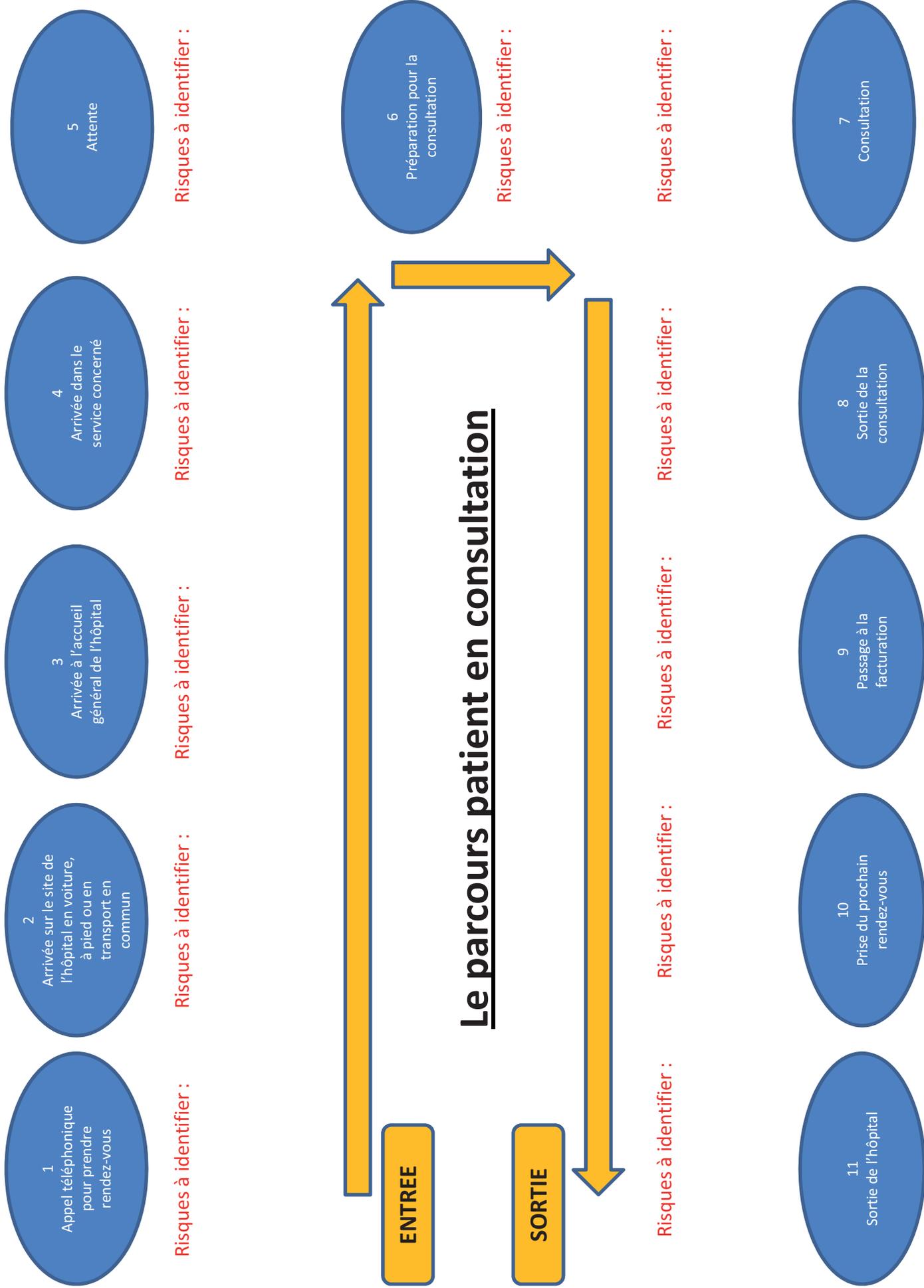
Favoriser les recherches scientifiques dans le domaine de la bientraitance.

➤ Mise en œuvre :

- consacrer certains programmes hospitaliers de recherche clinique (PHRC) au thème de la bientraitance.

Objectif n°3:

Limitier la multiplication des textes réglementant la bientraitance. La superposition des textes est un obstacle à la lisibilité de la politique en la matière.





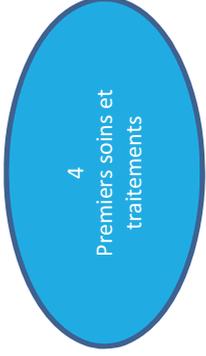
Risques à identifier :



Risques à identifier :



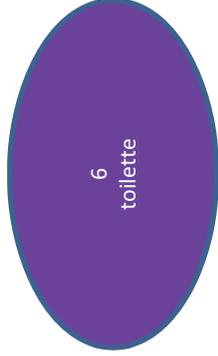
Risques à identifier :



Risques à identifier :

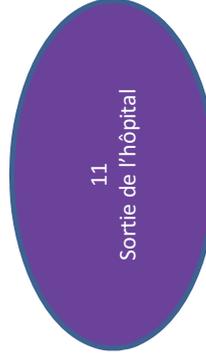


Risques à identifier :



Risques à identifier :

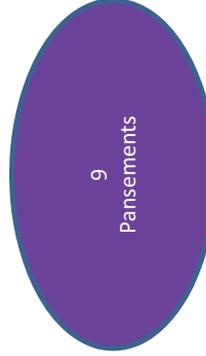
Risques à identifier :



Risques à identifier :



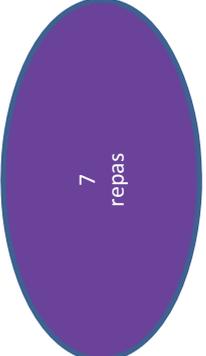
Risques à identifier :



Risques à identifier :



Risques à identifier :



GROUPE 2 :

"ASSISTANCE DANS LES BESOINS FONDAMENTAUX COMME LA TOILETTE, LES SOINS D'HYGIÈNE, LE REPAS, L'AIDE À LA MOBILITÉ"

PILOTÉ PAR : MARTINE CHRQUI-REINECKE

DATES DES RENCONTRES :

27/09/10 - 04/10/10 - 21/10/10 - 18/11/10 MATIN ET APRÈS-MIDI - 19/11/10

Groupe 2 : Assistance dans les besoins fondamentaux : toilette, soins d'hygiène, repas, aide à la mobilité Lundi 27 septembre 2010

Coordination : M. CHRIQUI-REINECKE

Rapporteur : J. BERTRAND

Présentations :

- ❖ Hélène Audoire, IFSI Toulouse
- ❖ Sylvie VIAUX SAVELON, Médecin pédopsychiatre à la Pitié
- ❖ Isabelle CHARRET, médecin gériatre, travail sur différentes formations comme la validation, l'écoute active, l'humanité
- ❖ Catherine CARRE, anciennement Cadre supérieure de santé en équipe mobile de gériatrie, aujourd'hui cadre formateur dans un IFAS et développe la bienveillance dans ces formations autour de la question de la toilette
- ❖ Christine SCHUHL, rédactrice en chef d'une revue professionnelle, a publié autour du terme de la « douce violence » dans le secteur de la petite enfance, travaille à partir d'observations de terrain avec un décodage
- ❖ Laurence VERJANS, Directrice du centre d'accueil de jour Marie de Miribel, ergothérapeute et musicothérapeute de formation initiale, a travaillé sur l'alimentation de la personne âgée démente et sur la relation entre diffusion musicale et comportement nocturne
- ❖ Geneviève COL, Cadre Supérieure de Santé, travail sur la prise en charge des patients dans le cadre de l'imagerie, chef de projet affaires médicales et affaires logistiques (démarche qualité ISO 9001...), travail en interdisciplinarité sur l'amélioration de la prise en charge du patient douloureux et l'attente de traitement de chimiothérapie.
- ❖ Viviane BEAUMATIN, Cadre Supérieure de santé, a animé pendant 17 ans la formation « animation et bienveillance » à Bordeaux, travail sur le projet de vie et le projet de soins et sur l'espace éthique.
- ❖ Nicole ROYET, Directrice des Soins, a travaillé en centre pour grands brûlés comme IDE puis en service de réanimation, a été membre pendant 6 ans du Comité Consultatif de protection des patients en Recherche Biomédicale, a mené des travaux sur l'éthique dans le cadre d'un diplôme universitaire.
- ❖ Jean-Marie BOUGOUIN, Directeur dans un Groupe de Coopération Sanitaire et Médico-social, travail sur le maintien à domicile en situation de perte de handicap pour les personnes âgées et handicapées.
- ❖ Michèle GUILLOIS, Cadre Supérieure de Santé
- ❖ Catherine, LIBERT, Responsable formation, Cadre Supérieure de Santé
- ❖ Patricia DARRACQ, IDE
- ❖ Laurent ROCHETTE, Aide-Soignant
- ❖ Marie-Christine FRANCOIS, Cadre supérieure de santé
- ❖ Laëtitia CHAUMONTET, psychosociologue, en charge de l'observation du fonctionnement du groupe
- ❖ Martine CHRIQUI-REINECKE, psychologue, coordinatrice du groupe, direction d'un organisme de formation continue à destination des professionnels de santé (thème douleurs, accompagnement de la fin de vie, actions dans le cadre du plan MATTEI, canicule, respect du désir de la personne âgée)
- ❖ Michel SCHMITT, médecin Radiologue, travail avec un EHPAD et une structure de fin de vie, intérêt à la bienveillance en MCO depuis 5 ans.
- ❖ Juliette BERTRAND, élève Directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social, rapporteur

Présentation de la mission :

Une étude menée au CHU de Toulouse a révélé que la loi Léonetti était mal connue. On trouve aujourd'hui en France différents projets et initiatives autour de la bientraitance mais sans logique nationale.

2011 est déclarée l'année des patients et de leurs droits. Le lancement médiatique aura lieu le 5 octobre prochain lors d'une conférence de presse tenue par Mme Le Ministre.

L'ensemble des missions ne concerneront que les établissements de court séjour type MCO car il a déjà été grandement exploré la question de la bientraitance dans le secteur médico-social et social. Il s'agit donc de proposer des actions pour le secteur sanitaire.

L'ensemble de cette réflexion se déroulera autour de trois missions :

- Les droits des patients : comment améliorer la connaissance que le grand public peut et doit avoir de ces droits quant à l'accès aux soins, aussi bien pour des populations hautement vulnérables ou la petite enfance. Cette mission s'inscrit pour des établissements de court séjour type MCO.
- La bientraitance : il s'agit de proposer à terme des recommandations de bonne pratique. La forme reste à définir mais il faut rester au plus près des équipes afin que celles-ci puissent s'approprier ces recommandations. La mission est divisée en 5 groupes de travail sur différents thèmes
- Les modalités d'accès à l'information : quel accès pour l'utilisateur via les nouvelles technologies au savoir médical ? cet accès peut modifier le positionnement du patient et la relation soignant/soigné. Pour cette mission Mme Le Ministre souhaite l'analyse des incidences des évolutions technologiques sur les attentes et les comportements de tous.

Notre mission est donc celle de la bientraitance. Chacun des cinq groupes la composant se réunira 5 fois. Il faudra retrouver en filigrane certaines valeurs fondamentales pour la bientraitance telle que le respect de l'autre. L'objet de la rencontre d'aujourd'hui est de définir ensemble ce qu'est la bientraitance. Ce travail a déjà été mené par l'ensemble des autres groupes. Chacune des définitions sera transmise aux autres groupes afin que chacun puisse enrichir sa propre définition. La deuxième rencontre portera sur les valeurs qui véhiculent la bientraitance. La dernière rencontre du 19 novembre sera l'objet de la rédaction d'une synthèse qui sera reprise dans le rapport qui sera remis à Mme Le Ministre à la fin du mois de novembre.

Il a été porté à la connaissance du groupe un le travail réalisé sous la forme d'une revue de littérature « autour de la bientraitance » par Nadia Péoc'h, cadre supérieure de santé. Elle fait le constat qu'il n'y a pas de définition de la bientraitance sauf si on reprend des termes anglo-saxons avec le concept du « care » et de sa sémantique riche (*care about, taking care of, care-giving, care-receiving*). L'attention du groupe est également attirée sur le Rapport remis à l'HAS sur « la maltraitance ordinaire » rédigé par Claire COMPAGNON et Véronique GHADI.

Il est demandé à l'ensemble des membres du groupe de porter à la connaissance de tous, tous les documents ou initiatives particulières qu'ils peuvent connaître.

Définition de la bientraitance – brainstorming en sous groupe

MC FRANCOIS

Laetitia CHAUMONTET

Isabelle CHARRET

Hélène AUDOIRE

Sylvie VIAUX-SAVELON

Comment promouvoir la bientraitance ?

- La bientraitance doit être présente depuis l'entrée de la personne jusqu'à sa sortie dans l'ensemble des actes la concernant
- L'environnement est important
- Les besoins de la personne ne sont pas forcément en adéquation avec ceux de l'institution. La bientraitance c'est être au plus près des besoins de la personne – promotion de l'autonomie (respect des choix, de ce qu'il est, de ses valeurs)
- Pb de rigidité des fonctionnements et parfois de bon vouloir
- Reconnaître les besoins de l'individu
- Pb de l'angoisse, de la peur de l'autre, de la peur de la maladie de l'autre. Distance immédiate
- Absence de la définition de la bientraitance, il est nécessaire d'envisager ce terme en trois points (bienveillance, bientraitance bienfaisance). Il faut prendre du recul par rapport à l'émotionnel. La bientraitance est à la jonction de la bienveillance et de la bienfaisance. **La bientraitance est savoir ménager un espace de savoir être en relation avec l'autre quel qu'il soit, avec le meilleur savoir-faire possible. La rencontre du savoir être et du savoir faire pour pouvoir s'assurer l'accès à l'autre.**
- Liste d'activité et rechercher ce qui procure du bien-être à la personne. Par les actions on peut être dans le bien être.
- Il n'y a pas que dans nos actions qu'il y a du bien être, c'est parfois dans le non-faire (laisser une personne dormir, respecter le choix de ne pas se doucher)
- Attention au toucher. Parfois des gestes peuvent être mal interprétés (entre en contact, échange énergétique). Il ne faut pas être dans l'émotionnel. La bientraitance est dans une intentionnalité active, pas dans le subjectif. Le toucher doit être pensé, intentionnel et avoir un but précis (calmer, entre en contact etc.)
- Les gestes et les actes doivent être explicités au patient et à son entourage. Il faut accompagner
- La bientraitance c'est vouloir rejoindre l'autre sur son chemin. Il est nécessaire de trouver une méthode pour le retrouver. Quel accès à l'autre ? quel outil de communication ?
- Il faut faire perdurer les actes de bientraitance, savoir entretenir les dynamiques d'équipes. Ex./ pouponnière : accompagnement des bébés, pas de soins mécaniques, association LOCZY
- Comment continuer à donner le sens aux équipes ? comment transmettre malgré les changements d'équipe. Les outils sont à disposition mais quel sens souhaite-t-on leur donner ?
- La disponibilité à l'autre est nécessaire.
- Le manager doit également préparer à cette bientraitance. Il faut réfléchir sur le sens des actes pour s'assurer de la meilleure prise en charge possible (faire attention à l'organisation pour être disponible).
- L'environnement est important. Proposer une offre de confort (accès handicapé, accès à des sanitaires, espaces chaleureux, espaces de repos etc.); le manque de moyens pour

l'aménagement de l'environnement est souvent compensé par des dons mais seulement pour certains types de services (pédiatrie par ex/).

- Travail récent : projet de charte pour les soignés (ministère de la justice)

**Groupe 2 : Assistance dans les besoins fondamentaux : toilette,
soins d'hygiène, repas, aide à la mobilité
Lundi 04 octobre 2010 – 10h/13h**

Coordination : Michel SCHMITT
Rapporteur : Pauline FLORI

Etaient présents :

- ❖ Hélène Audoire, IFSI Toulouse, assure formation bientraitance
- ❖ Sylvie VIAUX SVELON, Médecin pédopsychiatre à la Pitié, forme les gens sur la périnatalité + lutte contre maltraitance dans les familles
- ❖ Isabelle CHARRET, médecin gériatre, travail sur différentes formations comme la validation, l'écoute active, l'humanité
- ❖ Laurence VERJANS, Directrice du centre d'accueil de jour Marie de Miribel, ergothérapeute et musicothérapeute de formation initiale, a travaillé sur l'alimentation de la personne âgée démente et sur la relation entre diffusion musicale et comportement nocturne
- ❖ Geneviève COL, Cadre Supérieure de Santé, travail sur la prise en charge des patients dans le cadre de l'imagerie, chef de projet affaires médicales et affaires logistiques (démarche qualité ISO 9001...), travail en interdisciplinarité sur l'amélioration de la prise en charge du patient douloureux et l'attente de traitement de chimiothérapie.
- ❖ Viviane BEAUMATIN, Cadre Supérieure de santé, CHU de Bordeaux, a animé pendant 17 ans la formation « animation et bientraitance » à Bordeaux, travail sur le projet de vie et le projet de soins et sur l'espace éthique.
- ❖ Nicole ROYET, Directrice des Soins, a travaillé en centre pour grands brûlés comme IDE puis e service de réanimation, a été membre pendant 6 ans du Comité Consultatif de protection des patients en Recherche Biomédical, a mené des travaux sur l'éthique dans le cadre d'un diplôme universitaire.
- ❖ Jean-Marie BOUGOUIN, Directeur dans un Groupe de Coopération Sanitaire et Médico-social, travail sur le maintien à domicile en situation de perte de handicap pour les personnes âgées et handicapées. Spécialiste des actes de maltraitance dans actes de la vie quotidienne
- ❖ Michèle GUILLOIS, Cadre Supérieure de Santé, pôle rééducation Lille
- ❖ Catherine LIBERT, Responsable formation, Cadre Supérieure de Santé
- ❖ Patricia DARRACQ, IDE, désigné d'office aussi, « c'est plutôt la maltraitance qu'on voit dans les services » « enfin, quand je dis maltraitance... »
- ❖ Laurent ROCHETTE, Aide-soignant, peu au courant de la mission, « désigné volontaire », « on voit pas mal de choses en tant que personnel sur le terrain » « un problème de linge est de la maltraitance... »
- ❖ Marie-Christine FRANCOIS, Cadre supérieure de santé
- ❖ Laëtitia CHAUMONTET, psychosociologue, en charge de l'observation du fonctionnement du groupe, elle est plus spécialiste dans l'ASE...doit avoir un « méta-regard sur le fonctionnement du groupe »...au-dessus du contenu...
- ❖ Michel SCHMITT, médecin Radiologue, travail avec un EHPAD, des services d'oncologie et une structure de fin de vie, intérêt à la bientraitance en MCO depuis 5 ans.

- ❖ Pauline FLORI, Elève-Directeur d'Établissements Sanitaires, Sociaux et Médico-sociaux à l'École des Hautes Études en Santé Publique, rapporteur.

Étaient excusés :

- ❖ Catherine CARRE, anciennement Cadre supérieure de santé en équipe mobile de gériatrie, aujourd'hui cadre formateur dans un IFAS et développe la bientraitance dans ses formations autour de la question de la toilette
- ❖ Christine SCHUHL, rédactrice en chef d'une revue professionnelle, a publié autour du terme de la « douce violence » dans le secteur de la petite, travaille à partir d'observations de terrain avec un décryptage
- ❖ Juliette BERTRAND, élève Directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social, rapporteur

Cette seconde réunion se déroule en deux temps. Tout d'abord, il s'agit de reformuler une définition de la bientraitance tout en déterminant les valeurs d'une équipe qui s'engage dans une telle démarche (I). Dans un second temps, il convient de s'intéresser à la façon d'identifier et de valoriser les pratiques bientraitantes (II).

I) Reformulation d'une définition de la bientraitance et valeurs

1^{er} sous-groupe :

- Définition de la bientraitance :

La bientraitance est action : c'est rejoindre l'autre sur son chemin. Pour être bientraitante, il faut être empathique et en résonance avec l'autre, se reconnaître mutuellement. Il faut voir la personne soignée comme un acteur dans ce qu'il est avec ses ressources et ses différences en respectant sa singularité et son libre arbitre. La bientraitance touche à ces petites choses, ces menues choses (p15-16 revue de littérature), un ensemble de comportements respectueux, un professionnalisme avisé, une bienveillance tout au long du séjour (...)

La bientraitance est une démarche intentionnelle, complexe, active et confiante, une dynamique duelle de prise de conscience et de remise en cause, qui vise à promouvoir le bien-être

Elle est état d'esprit et résulte d'un équilibre entre le ressenti par le patient, la valeur de l'acte technique et le « pouvoir » du soignant.

- Valeurs et pratiques d'une équipe
 - ✓ Une équipe bientraitante doit être elle-même bientraitée et donc respectée et valorisée,
 - ✓ Réflexion autour des valeurs fondatrices d'une institution sanitaire. Sont-elles encore d'actualité ou glissement des valeurs fondatrices ? Objectif : soigner toute personne sans discrimination. Mission de soins, de prévention, d'éducation, etc....

- ✓ Est-ce qu'on travaille dans le sanitaire par vocation ? Plus « passion » que « vocation » ?
- ✓ Autres valeurs : respect, tolérance, disponibilité, bienveillance
- ✓ Importance d'un projet fédérateur d'une équipe, une équipe pluridisciplinaire
- ✓ Utilité de la mise en œuvre d'une analyse des pratiques de chacun
- ✓ Une démarche de bientraitance n'a de sens que dans le projet d'un établissement, ou d'un pôle, ou d'un service ; l'initiative individuelle ne résoudra pas la maltraitance institutionnelle

2^{ème} sous-groupe :

- Définition de la bientraitance :

« Démarche intentionnelle et interactive des professionnels (...) » Avec plein de sous chapitres pour détailler...

La bientraitance est le souci de l'autre ; c'est tout !

- Valeurs et pratiques d'une équipe
 - ✓ intention, intentionnalité
 - ✓ dépassement de l'acte technique
 - ✓ donner sens
 - ✓ travail d'équipe (quand l'équipe se sent bientraitée, elle est bientraitante)
 - ✓ professionnalisme
 - ✓ savoir-être et savoir-faire
 - ✓ dynamique
 - ✓ relation à l'autre, souci de l'autre
 - ✓ environnement individuel, structurel, social

3^{ème} sous-groupe :

- Définition de la bientraitance :

La bientraitance est un élément fondateur de la relation de soins, c'est la notion d'équité dans la relation de soins. Elle a toujours été historiquement négligée. Toutefois, les repères culturels et socio- économiques ayant évolué, son émergence actuelle traduit une évolution des comportements et des attentes, une réappropriation du droit d'expression des individus accédant aux soins et aux institutions.

- Valeurs et pratiques d'une équipe
 - ✓ Importance de situer la bientraitance historiquement
 - ✓ Création d'un projet stratégique « bientraitance » au niveau de l'institution ou au moins, au niveau du pôle

II) identifier et valoriser les pratiques bientraitantes

1^{er} sous-groupe :

- « Permettre au soignant d'être en capacité d'écouter les besoins de l'autre »

Cette définition implique de prendre en compte les contraintes qui, au jour le jour, influent sur la disponibilité physique et psychique du soignant :

- ✓ les contraintes architecturales (trop de distance entre le poste de soin et les chambres par exemple)
- ✓ les contraintes liées aux équipements (manque de matériel ergonomique, même simple par exemple)
- ✓ l'ergonomie
- ✓ la communication
- ✓ la non-identification des finalités de prise en charge
- ✓ les conditions de travail (climat social, contraintes sonores, manque de temps, activités obligatoires hors présence patient (traçabilité entre autre))
- ✓ contraintes organisationnelles liées à l'institution
- ✓ les attitudes des soignants, dans leur quotidien peuvent traduire les contraintes des institutions et les contraintes liées aux organisations.
- ✓ L'**indifférence du soignant** est un mécanisme de défense ; elle est aussi une illustration, une expression de la maltraitance (cf. chanson de Gilbert Bécaud <http://www.youtube.com/watch?v=nhcOL2CGndM>)

- « Comment concilier efficacité et efficience avec la prise en compte de l'existence de l'Autre ?

Aujourd'hui la finalité de l'hôpital est de ne générer aucun risque (sachant que le risque zéro n'existe pas), de ce fait, les vigilances, la réglementation, la traçabilité des informations, la pression de l'institution influent sur le comportement des professionnels soignants.

Qu'en est-il du soignant ? Est-il considéré et reconnu socialement ? Est-il identifié comme disposant de connaissances et de compétences ? A-t-il la possibilité d'avoir des faiblesses ? Autant de questions (sans réponse ?) qui peuvent ouvrir le champ de la compréhension de la fragilité des professionnels du soin aujourd'hui dans les établissements de santé.

2^{ème} sous-groupe :

➔ Réflexion en différentes étapes :

- ✓ Principes fondamentaux pour respecter la bientraitance : respect, hygiène, pudeur...

- ✓ Restriction du champ d'investigation : frapper à la porte, informer la personne de son soin et du déroulement de ce dernier
- ✓ Permettre aux soignants d'être à l'écoute : résoudre au préalable les problèmes institutionnels, ergonomiques, d'encadrement et de management
- ✓ Catégorisation :
 - courtoisie, le bien vivre ensemble
 - respect du droit
 - rythme des personnes et habitudes de vie
 - valoriser l'expression de la personne : outil par recueil de données
 - traçabilité des données : staffs, questionnaires de satisfaction, écrits professionnels sur les personnes : il faut valoriser les bonnes pratiques soignantes

Comment valoriser les actions ?

- réunions de travail sur les dossiers des personnes soignées,
- questionnaires de satisfaction des personnes soignées et des soignants avec débriefing en équipe
- dire ce qui est bien plutôt qu'insister sur ce qui ne va pas
- entretiens annuels
- favoriser les rencontres entre professionnels ; moments de convivialité

3^{ème} sous-groupe :

➔ Réflexion autour de la logique du « parcours du patient »

- Exemple de pratiques réussies :
 - ✓ les 10 règles d'or de l'hospitalité (se présenter, dire bonjour, donner des repères...), aménagement des espaces en fonction de la population accueillie (exemple, hauteur adaptée, alvéoles pour allaiter...)
 - ✓ idée d'accessibilité
 - ✓ accueil des patients migrants = aménagement des protocoles de soins en fonction
 - ✓ alimentation « finger food » = adaptation de l'alimentaire aux difficultés des patients
 - ✓ amélioration de la procédure « toilette » = toucher massage par exemple
- Nécessité que la direction s'engage : insertion de la démarche dans le projet d'établissement par exemple.
- Il faut associer, intégrer les usagers et leurs représentants aux réflexions : exemple : personne mal voyante ou seul un mal voyant pourra aider à la compréhension de certaines problématiques et adapter la communication : repas, ...
- Il faut prévoir un temps d'apprentissage pour les soignantsssss
- Comment faire évaluer ces pratiques par les patients ?
- Mots clés :
 - ✓ Apprentissage
 - ✓ répétition de savoir faire
 - ✓ pluridisciplinarité
 - ✓ développement de parcours de formation pour impliquer tous les acteurs de soins
 - ✓ Benchmarking : qu'est ce qui est fait ailleurs ? même à l'étranger ?
 - ✓ Importance d'intégrer les associations d'usagers dans ce questionnement.

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Mots et expressions-clés :

- ✓ Les écoles forment à la technique et pas à la relation
- ✓ Les médecins ne participent pas aux formations sur la relation : la médecine n'est pour eux que technique : il faut trouver les mots pour les associer
- ✓ La Bienveillance (BT) est un travail d'équipe
- ✓ **La plus value du professionnel du soin est de dépasser la technique pour aller vers l'autre**
- ✓ intention, intentionnalité
- ✓ BT donne du sens l'action
- ✓ dépassement de l'acte technique
- ✓ donner sens
- ✓ travail d'équipe (quand l'équipe se sent bienveillée, elle est bienveillante)
- ✓ professionnalisme
- ✓ savoir-être et savoir-faire
- ✓ dynamique
- ✓ relation à l'autre, souci de l'autre
- ✓ environnement individuel, structurel, social
- ✓ courtoisie, le bien vivre ensemble
- ✓ respect du droit
- ✓ rythme des personnes et habitudes de vie
- ✓ valoriser l'expression de la personne : outil par recueil de données
- ✓ traçabilité des données : staffs, questionnaires de satisfaction
- ✓ **il y a le savoir et le savoir faire ; la plus value du soignant est le savoir être**

La prochaine réunion du Groupe 2 aura lieu le mardi 12 octobre de 10h à 13h et sera animée par Michelle BRESSAND.

Groupe 2 : Assistance dans les besoins fondamentaux : toilette, soins d'hygiène, repas, aide à la mobilité Jeudi 21 octobre 2010 – 10h/13h

Coordination : Martine CHRQUI-REINECKE
Rapporteur : Pauline FLORI

Etaient présents :

- ❖ Isabelle CHARRET, médecin gériatre, travail sur différentes formations comme la validation, l'écoute active, l'humanité
- ❖ Laurence VERJANS, Directrice du centre d'accueil de jour Marie de Miribel, ergothérapeute et musicothérapeute de formation initiale, a travaillé sur l'alimentation de la personne âgée dément et sur la relation entre diffusion musicale et comportement nocturne
- ❖ Viviane BEAUMATIN, Cadre de santé, CHU de Bordeaux, a travaillé sur les notions de « projet de vie » et de « projet de soins » en gérontologie et sur l'espace éthique, espace qui permet aux professionnels de s'interroger sur la notion de projet du patient.
- ❖ Nicole ROYET, Directrice des Soins, a travaillé en centre pour grands brûlés comme IDE puis e service de réanimation, a été membre pendant 6 ans du Comité Consultatif de protection des patients en Recherche Biomédical, a mené des travaux sur l'éthique dans le cadre d'un diplôme universitaire.
- ❖ Patricia DARRACQ, IDE, désigné d'office aussi, « c'est plutôt la maltraitance qu'on voit dans les services » « enfin, quand je dis maltraitance... »
- ❖ Laurent ROCHETTE, Aide-soignant, peu au courant de la mission, « désigné volontaire », « on voit pas mal de choses en tant que personnel sur le terrain » « un problème de linge est de la maltraitance... »
- ❖ Marie-Christine FRANCOIS, Cadre supérieure de santé
- ❖ Laëtitia CHAUMONTET, psychosociologue, en charge de l'observation du fonctionnement du groupe, elle est plus spécialiste dans l'ASE...doit avoir un « méta-regard sur le fonctionnement du groupe »...au-dessus du contenu...
- ❖ Pauline FLORI, Elève-Directeur d'Etablissements Sanitaires, Sociaux et Médico-sociaux à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, rapporteur.
- ❖ Christine SCHUHL, éducatrice de jeunes enfants de formation, rédactrice en chef d'une revue professionnelle, a publié autour du terme de la « douce violence » dans le secteur de la petite, travaille à partir d'observations de terrain avec un décryptage
- ❖ Evelyne..., puéricultrice, a travaillé comme directrice de crèche, en maison de retraite. Aujourd'hui, est devenue conseillère en lactation dans les hôpitaux et en libéral. Mémoire en cours : comment l'allaitement maternel
- ❖ Florence FRANCINEAU : Sage femme qui a travaillé dans le privé, publique, libéral...Fait aujourd'hui de la formation continue et Vice-PR de Gynécologie Sans Frontière.
- ❖ Christelle LEDROIT, CS en réa med à Angers, fait partie du groupe bienveillance sur le CHU...patients/professionnels, entre professionnels et professionnels/direction. Travail qui doit aboutir à un guide de bonnes pratiques.

- ❖ Catherine CARRE, anciennement Cadre supérieure de santé en équipe mobile de gériatrie, aujourd'hui cadre formateur dans un IFAS et développe la bientraitance dans ses formations autour de la question de la toilette
- ❖ Geneviève COL, Cadre Supérieure de Santé, travail sur la prise en charge des patients dans le cadre de l'imagerie, chef de projet affaires médicales et affaires logistiques (démarche qualité ISO 9001...), travail en interdisciplinarité sur l'amélioration de la prise en charge du patient douloureux et l'attente de traitement de chimiothérapie.

Etaients excusés :

- ❖ Hélène AUDOIRE, IFSI Toulouse, assure formation bientraitance
- ❖ Michèle GUILLOIS, Cadre Supérieure de Santé, pôle rééducation Lille
- ❖ Catherine LIBERT, Responsable formation, Cadre Supérieure de Santé
- ❖ Sylvie VIAUX SAVELON, Médecin pédopsychiatre à la Pitié, forme les gens sur la périnatalité + lutte contre maltraitance dans les familles
- ❖ Jean-Marie BOUGOUIN, Directeur dans un Groupe de Coopération Sanitaire et Médico-social, travail sur le maintien à domicile en situation de perte de handicap pour les personnes âgées et handicapées. Spécialiste des actes de maltraitance dans actes de la vie quotidienne

I. Intervention de Mme JOURDREN

Cette troisième réunion débute par une présentation de Mme JOURDREN. A partir de son expérience personnelle, Mme JOURDREN a formalisé ses réflexions en témoignant de la fin de vie de sa mère dans un hôpital gériatrique en 2004. Trois documents ont été envoyés au groupe :

- 1) Rapport « interne » à l'intention du médecin chef de service avec une copie au cadre de santé.
- 2) Formalisation de ces réflexions lors d'un colloque sur la fin de vie à Avicennes en 2008
- 3) Publication dans la revue « Ethique et Santé »

Quel traitement du grand âge dans un service gériatrique ?

La principale différence liée à la bientraitance entre les « très jeunes » et les « très vieux », c'est le fort soutien familial des premiers. Les proches des personnes âgées sont peu présents. La grande ressemblance est leur vulnérabilité : les uns et les autres sont tous démunis dans un milieu hospitalier difficile.

En 2007 et au moment de prendre sa retraite, le Professeur Dubernard, grand ponton en médecine qui a été longtemps président de la commission des affaires sociales à l'Assemblée Nationale, écrit un article publié dans le Monde, « Sortons l'hôpital public du coma ». Il regrette « de ne pas s'être assez battu pour sauver l'hôpital public » ; le malade serait de plus en plus « négligé, oublié ». Il est intéressant de voir qu'il a écrit cet article émouvant et courageux lorsqu'il s'est retiré des affaires politiques. Si l'hôpital est dans le coma, comment appliquer la bientraitance ? N'est-il pas primordial d'exprimer les choses tant qu'on est en mesure d'agir et de les changer ? Rappelons qu'environ 80 parlementaires sont des professionnels de la santé.

Quels sont les objectifs que devraient se donner les institutions ?

On distingue deux sortes d'objectifs : des objectifs politiques et des objectifs professionnels. Au niveau politique, des plans, des rapports se sont multipliés mais le citoyen n'a pas une vision

claire et concrète des réalisations. C'est tout l'enjeu de la mission que le Ministère de la Santé a lancé. Il s'agit de repartir sur une idée d'actions politiques dans la durée. C'est un projet de civilisation qui doit perdurer malgré les alternances politiques.

➔ Des objectifs politiques :

1) Le « parler-clair »

Il serait important de commencer par préciser ce qu'est le soin, qui sont les soignants. Les médecins, premiers responsables du fonctionnement d'un service, sont-ils considérés comme des soignants ? Ensuite, il ne faut pas tout englober sous le qualificatif de « maltraitance ». Par exemple, le fait de ne pas appeler un malade par son nom n'a pas la même gravité que de parler d'un service Alzheimer en disant « Jurassic Park ». La seconde situation nie le caractère humain des personnes âgées atteintes de cette maladie.

2) Le lien Bientraitance-Compétence

Il s'agit de parvenir à une homogénéité de la bientraitance au niveau national. Or, pour y arriver, il faut bien qu'elle ne soit plus le parent pauvre de la technique. Il faut prendre garde à la dichotomie qui sépare l'essentiel de l'accessoire. Si une personne prend froid, chaud, si son état psychologique est mauvais, il y a des chances qu'il y ait des répercussions sur le plan physique.

3) Une société violente

L'autorité politique doit assumer le fait que notre société n'est pas une société douce. Elle favorise la force et la violence. Il y a donc un enjeu pour l'hôpital qui est un milieu compliqué inséré dans une société violente. Il est soumis au risque de devenir un lieu ultra-violent.

4) Le kaléidoscope hospitalier

L'hôpital est un kaléidoscope. Qui est responsable du malade ? Le chef de pôle ? Le chef de service ? Le cadre infirmier ? L'aide-soignant ? Le directeur ? Cette situation est très difficile à vivre pour le malade et ses proches. Il faut nommer un chef de file pour avancer dans la bientraitance. Un médecin devrait assumer cette responsabilité...plutôt les chefs de service que les juniors.

5) Des problèmes de recrutement du personnel paramédical.

Il existe des difficultés quantitatives et qualitatives dans le monde paramédical : infirmiers, aides-soignants qui ne sont pas toujours recrutés et formés selon leurs motivations et leurs qualifications.

6) Les « défenses conservatrices ».

La question du manque de moyens ne peut être un argument pour dire que la bientraitance est difficile à mettre en place. Mme JOURDREN est convaincue qu'à moyens égaux, une même équipe serait capable de faire beaucoup mieux en revenant à des questions de motivation et de qualification.

7) La judiciarisation des relations patients-hôpital.

L'autorité politique devrait vouloir y répondre car cette judiciarisation est un obstacle majeur à une politique de bientraitance.

8) La réalité des soins palliatifs.

Très peu de patients y ont accès sauf pour les tout derniers jours...et quand c'est trop tard.

➔ Des objectifs professionnels

Les objectifs « professionnels » devraient être déclinés dans un plan national de maîtrise des risques qui répondrait aux questions suivantes : Quelles sont les références collectives ? Comment faire le suivi d'un tel plan ?

La première difficulté étant de faire perdurer ce plan, il faudrait lui adjoindre un déploiement local sous la responsabilité des Agences Régionales de Santé avec une désignation nette des chefs de file ?

Quels seraient les axes privilégiés ?

- Déclinaison de tous les objectifs de la bientraitance au quotidien : la présence des proches, la fonction toilette, la gestion des excréments, la promenade, l'alimentation, l'organisation de la réponse, etc...
- Relations avec les médecins : les RDV sont trop formels. La visite du matin devrait être suivie d'une contre-visite du soir. Un cahier de liaison entre malades, proches et médecins pourrait être mis en place au lit du malade.
- Définition du rôle de l'encadrement.
- Non-séparation des sujets en soins palliatifs entre services normaux et services spécialisés. La notion de soins palliatifs doit être intégrée dans la normalité.
- La notion « d'hôpital-prison ». Le contrôleur des institutions privatives de liberté est chargé de contrôler les prisons et les hôpitaux psychiatriques. Il a récemment dit qu'il aimerait que son mandat soit étendu aux Maisons de Retraite. Pourquoi pas inclure les services gériatriques des hôpitaux ?
- Rendre quantifiable certaines données. Tout d'abord, la présence des proches. Sont-ils là ou pas ? Quelle est la réalité de la présence permise ? Par ailleurs, compter aussi les accidents dans les moments dangereux (nuit et week-end). Enfin, que l'on mesure aussi le temps passé au lit du malade par tous les personnels.
- Organisation et GRH : les médecins et les cadres devraient être formés à la psychologie du malade puis à la gestion d'équipe ! Pour informer et faire réagir les professionnels, Alma France a produit une cassette : « Comment maltraiter un vieillard en 10 leçons ». Le personnel ne devrait être promu qu'à la condition de faire preuve de qualités d'encadrement et de mise en œuvre de projets de bientraitance.
- Importance de faire de la place au bénévolat comme un renfort aux professionnels de soins. Pourquoi ne pas prendre exemple sur le fonctionnement des pompiers qui allient professionnels et volontaires ?!

II. Comment mettre en œuvre cette démarche dans nos services dans ces moments clés que sont la toilette, les repas, etc... ?

Le temps imparti pour cette seconde partie étant trop court, le travail est réparti entre les membres du groupe qui partageront leurs réflexions lors de la prochaine réunion. Une idée semble émergée, celle de faire une charte qui s'adresse à tout le monde : aux soignants, aux proches, etc... Cette charte serait le résumé des « incontournables » en permettant ainsi d'éviter les dérives.

Mais avant toute chose, il faudrait absolument communiquer et sensibiliser sur ce qu'est la bientraitance. Que mettre sous ce terme ?

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

- ➔ La prochaine réunion aura lieu le jeudi 18 novembre 2010 à 10h et durera toute la journée. Le lieu vous sera communiqué ultérieurement.

Groupe 2 : Assistance dans les besoins fondamentaux : toilette,
soins d'hygiène, repas, aide à la mobilité
Jeudi 18 novembre 2010 – 14h/17h

Coordination : Martine CHRIQUI-REINECKE
Rapporteur : Pauline FLORI

Etaient présents :

- ❖ Viviane BEAUMATIN, Cadre de santé, CHU de Bordeaux, a travaillé sur les notions de « projet de vie » et de « projet de soins » en gérontologie et sur l'espace éthique, espace qui permet aux professionnels de s'interroger sur la notion de projet du patient.
- ❖ Nicole ROYET, Directrice des Soins, a travaillé en centre pour grands brûlés comme IDE puis en service de réanimation, a été membre pendant 6 ans du Comité Consultatif de protection des patients en Recherche Biomédical, a mené des travaux sur l'éthique dans le cadre d'un diplôme universitaire.
- ❖ Patricia DARRACQ, IDE, désigné d'office aussi,
- ❖ Laurent ROCHETTE, Aide-soignant
- ❖ Laëtitia CHAUMONTET, psychosociologue, en charge de l'observation du fonctionnement du groupe, elle est plus spécialiste dans l'ASE...doit avoir un « méta-regard sur le fonctionnement du groupe »...au-dessus du contenu...
- ❖ Pauline FLORI, Elève-Directeur d'Etablissements Sanitaires, Sociaux et Médico-sociaux à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, rapporteur.
- ❖ Christine SCHUHL, éducatrice de jeunes enfants de formation, rédactrice en chef d'une revue professionnelle, a publié autour du terme de la « douce violence » dans le secteur de la petite, travaille à partir d'observations de terrain avec un décryptage
- ❖ Florence FRANCILLON : Sage femme qui a travaillé dans le privé, publique, libéral...Fait aujourd'hui de la formation continue et Vice-PR de Gynécologie Sans Frontière.
- ❖ Christelle LEDROIT, CS en réa med à Angers, fait partie du groupe bientraitance sur le CHU...patients/professionnels, entre professionnels et professionnels/direction. Travail qui doit aboutir à un guide de bonnes pratiques.
- ❖ Catherine CARRE, anciennement cadre de santé en équipe mobile de gériatrie, aujourd'hui cadre formateur dans un IFAS et développe la bientraitance dans ses formations autour de la question de la toilette
- ❖ Geneviève COL, Cadre Supérieure de Santé, travail sur la prise en charge des patients dans le cadre de l'imagerie, chef de projet affaires médicales et affaires logistiques (démarche qualité ISO 9001...), travail en interdisciplinarité sur l'amélioration de la prise en charge du patient douloureux et l'attente de traitement de chimiothérapie.
- ❖ Hélène AUDOIRE, IFSI Toulouse, assure formation bientraitance
- ❖ Catherine LIBERT, Responsable formation au CHRU de Lille, Cadre Supérieure de Santé

Etaients excusés :

- ❖ Michèle GUILLOIS, Cadre Supérieure de Santé, pôle rééducation Lille
- ❖ Sylvie VIAUX SAVELON, Médecin pédopsychiatre à la Pitié, forme les gens sur la périnatalité + lutte contre maltraitance dans les familles
- ❖ Jean-Marie BOUGOUIN, Directeur dans un Groupe de Coopération Sanitaire et Médico-social, travail sur le maintien à domicile en situation de perte de handicap pour les personnes âgées et handicapées. Spécialiste des actes de maltraitance dans actes de la vie quotidienne
- ❖ Laurence VERJANS, Directrice du centre d'accueil de jour Marie de Miribel, ergothérapeute et musicothérapeute de formation initiale, a travaillé sur l'alimentation de la personne âgée démente et sur la relation entre diffusion musicale et comportement nocturne
- ❖ Isabelle CHARRET, médecin gériatre, travail sur différentes formations comme la validation, l'écoute active, l'humanité

Qu'est ce qu'un bon soin ?

« Soulager, souvent
Guérir, parfois
Prêter attention, toujours »

Un soin qui relève d'une qualité, qui respecte des règles techniques et qui respecte la personne qui se traduit dans l'intention portée à l'individualité du patient.

Ne pas faire un soin qui ne se justifierait pas... le patient doit avoir le sentiment que le soin se justifie...

Impression que l'égalité d'accès aux soins n'est pas intégrée par tous les patients... on reçoit des infos / dépistage cancer du sein, du colon... Impression que comme l'acte est gratuit, sentiment partagé que ça n'est pas très utile... Très connu dans le secteur de l'humanitaire : le soin est dévalorisé lorsqu'il est gratuit... Pour y remédier, il faudrait mettre le coût de l'examen sur le bon et dire qu'il est financé par la Sécurité Sociale... Il y a à informer sur ce qu'est la prévention...

Une des critiques : manque d'usager, de représentants d'usagers...

Importance du souci authentique d'autrui... de l'empathie

« Quand un malade me dira qu'il a mal, je le croirai »... Lutter contre des préjugés, des représentations, faire évoluer des mentalités... Si la loi peut aider à cela, tant mieux !

Loi Léonetti du 22 avril 2005 ne résoudrait pas le problème de l'euthanasie... Après mis en œuvre des modalités de confort pour la fin de vie, seulement 1% des patients demandaient encore l'euthanasie... Idée que la loi ne doit pas remplir une fonction de morale...

Chaque groupe fait sa synthèse et chaque synthèse sera annexée au rapport final. Martine CHRIQUI leur demande de faire la synthèse à chacun...

Différent dans le groupe 5 : reprise des notes des 4 comptes-rendus et résumé pour faire la synthèse. Deux personnes se sont désignées pour le faire et échange de mail entre chaque membre du groupe.

Deux questions importantes à laquelle il va falloir répondre cet après-midi ?

- 1) Quels objectifs les établissements, les ARS devraient se donner pour favoriser la BT et la qualité de service ?

Evaluation : questionnaire en 36 questions fermées pour donner une note de satisfaction aux établissements. Ce questionnaire permettrait d'évaluer la BT dans les établissements.

Idée que pour que cette mission soit pérenne, il faut solliciter les médias... important que chacun d'entre nous diffuse dans les régions... Il faut penser aussi au mécénat des banques... sur internet, on peut trouver des fondations prêtes à financer les projets « petite enfance »... les mutuelles, elles, s'intéressent plus aux personnes âgées

Semaine prochaine, à la Villette, « Etats Généraux des Aidants et Aidés » Toutes les mutuelles ont contribué à ça...

Label « Hôpital Ami des bébés » : là-dessous, promotion de l'Allaitement maternel...

Ne pas rentrer dans le détail mais citer des exemples.

- Formalisation d'une politique de BT, cette culture de BT inséré dans le projet d'établissement au niveau du projet de soins, du projet social et du PIPC. Il faudra évaluer si cet item est présent ou pas dans tous les projets. Il faudrait mettre en préambule que tous les projets s'appuient sur une culture de BT des patients... il serait difficile de mettre autre chose... L'idée du préambule permet de mettre de la BT de façon transversale...
- Sur le projet de soins, il faut mettre des indicateurs avec des résultats attendus et un échéancier. Ca serait déjà pas mal
- Sur le projet médical, c'est plus du développement stratégique... Ca devrait être posé ! Comment dans notre projet med on peut faire de la BT ? il ne faudrait pas que ça n'apparaisse que dans le projet de soins...
- Sur le projet de management, c'est au directeur de permettre de développer une culture de BT
- Culture de BT en préambule de PE = pré-requis
- Document d'Angers à joindre en annexe comme un bon exemple
- Pour être BT, il faut des moyens, des compétences ! Compétences techniques comme pré requis de base
- Analyse des pratiques : très important de formaliser des temps d'échange

Pertinent que les ARS organisent des réunions régionales ? Oui ! Normalement, dans chaque ARS, il y a un correspondant « bt » depuis fin 2009... ils sont identifiés et ils doivent veiller à l'application de cette culture... Normalement, une personne nommée par ARS... à Paris, elle vient d'être nommée... informer, relever des actions-pilotes, les diffuser et les décliner, décerner des prix ou du moins, valoriser ce qui a été entrepris... Une des premières missions des ARS = recenser les projets expérimentations ! Le travail en réseau est très important ! L'HAS et les ARS pourraient exiger que des indicateurs BT soient obligatoires dans les projets de pôle. Dans les CPOM, les ARS demandent des comptes...

Non-BT vient de la méconnaissance. Par exemple, deux agents peuvent discuter du diner de la veille alors qu'elles toilettaient une PA...

Importance d'institutionnaliser l'analyse des pratiques. Ce temps permet de prendre du recul sur les situations vécues. Mais c'est un exercice un peu compliqué pour ceux qui n'ont pas cette culture. Anecdote de Toulouse : la consigne était de préparer des cas pour l'exercice... Seulement 2 personnes en avaient préparé... sur les 27 prévues... mais une fois que l'exercice avait commencé, chacun voulait ramener des cas... L'AP, c'est pas quelque chose pour piéger les personnels... c'est réfléchir ensemble à des dossiers pour progresser... Dès le premier exposé,

chacun se sentait concerné car exposé aux mêmes situations...émulation respective autour de ça... libération de la parole ! Du coup, Toulouse a demandé à avoir 2 jours entiers sur de l'AP...I faut accepter les résistances pour les dépasser ! Mais avant de commencer le séminaire, petit laïus théorique pour définir les obédiences, etc...Dans rapport de Singly, ça a été acté qu'il fallait absolument que les cadres aient de l'AP

Il serait important de mobiliser les instances de l'hôpital comme le conseil de surveillance, le directoire ou la CME...Il faut poser des responsabilités. Dans le comité des vigilances, il pourrait y avoir un correspondant bientraitance. Ceci a été fait à Colmar. Cette idée est bonne mais quid de la mise en œuvre. En fait, il faudrait faire de la BT, une vigilance officielle et des résultats affichés. Les hôpitaux ne resteraient pas longtemps avec un mauvais score et ferait le nécessaire pour s'améliorer.

Question de la formation des médecins...il sera demandé que les jeunes médecins ne soient pas seuls face aux difficultés d'annonce. Aucune formation à l'Université et aucun soutien prévu...et encore plus difficile en ville qu'à l'hôpital...Le taux de suicide en IDF chez les médecins est alarmant...Il faut lutter pour prévenir ce burn-out...Création aujourd'hui d'un site de partage entre patients sur les médicaments...Evolution difficile pour les médecins...il faut inclure la BT dans la formation initiale des médecins et des DH, et de la logistique...et les former aussi à la modification du jeu relationnel...Un jeune médecin n'a pas été formé à l'éventualité que ses patients ont déjà de l'information...Il faut faire attention car la médecine n'est pas une science ! Ce qui est vrai un jour peut se révéler être une erreur le lendemain...Or, Internet nie ce côté incertain et limité de la connaissance médicale, de l'art médical...Internet n'aborde pas non plus le côté global du patient, son contexte, son passé, son entourage...Dans le même sens, réelle nécessité de réinstaurer du dialogue dans la formation...

Pourquoi Internet s'est autant développé dans le secteur médical ? N'est ce pas à cause d'un manque d'humanisme médical ? Les médecins se sont réfugiés dans la prescription en oubliant la clinique ? Il est indispensable de revaloriser la clinique ? Même en réa, la clinique est très importante...Rappelons que la relation de soins, quelle qu'elle soit doit être basée sur la confiance...une confiance symétrique et réciproque.

Bienfaisance, bienveillance et BT = trépied de l'éthique.

Au niveau national, il existe déjà une politique mais il faut des messages forts, percutants avec un suivi médiatique. Il faut interpeller les comités inter-associatifs. Ils ont des contacts nombreux avec les ministères, il faut donc les solliciter. Mais faire attention en même temps car tous ne sont pas favorables à la notion de BT. Ceci revient à dire qu'il faut une politique de communication stratégique. Idée d'un colloque national annuel (ouvert aux professionnels, aux élus) présenté par les ARS ? Et pourquoi se limiter à la France ? On pourrait penser à un niveau européen...Pourquoi tous les ans ? Idée de créer les Assises de la BT...

- 2) **proposer les modalités de mise en œuvre** de cette démarche, en prévoyant des mesures d'accompagnement et d'engagement des acteurs.

 - Avoir une charte institutionnelle sur la BT : évaluable, diffusable, déclinable...joue le rôle de l'entonnoir

Groupe 2 : Assistance dans les besoins fondamentaux : toilette,
soins d'hygiène, repas, aide à la mobilité
Vendredi 18 novembre 2010 – 10h/13h

Coordination : Michelle BRESSAND
Rapporteur : Pauline FLORI

Etaient présents :

- ❖ Isabelle CHARRET, médecin gériatre, travail sur différentes formations comme la validation, l'écoute active, l'humanité
- ❖ Viviane BEAUMATIN, Cadre de santé, CHU de Bordeaux, a travaillé sur les notions de « projet de vie » et de « projet de soins » en gérontologie et sur l'espace éthique, espace qui permet aux professionnels de s'interroger sur la notion de projet du patient.
- ❖ Nicole ROYET, Directrice des Soins, a travaillé en centre pour grands brûlés comme IDE puis en service de réanimation, a été membre pendant 6 ans du Comité Consultatif de protection des patients en Recherche Biomédical, a mené des travaux sur l'éthique dans le cadre d'un diplôme universitaire.
- ❖ Patricia DARRACQ, IDE, désigné d'office aussi,
- ❖ Laurent ROCHETTE, Aide-soignant
- ❖ Laëtitia CHAUMONTET, psychosociologue, en charge de l'observation du fonctionnement du groupe, elle est plus spécialiste dans l'ASE...doit avoir un « méta-regard sur le fonctionnement du groupe »...au-dessus du contenu...
- ❖ Pauline FLORI, Elève-Directeur d'Etablissements Sanitaires, Sociaux et Médico-sociaux à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, rapporteur.
- ❖ Christine SCHUHL, éducatrice de jeunes enfants de formation, rédactrice en chef d'une revue professionnelle, a publié autour du terme de la « douce violence » dans le secteur de la petite, travaille à partir d'observations de terrain avec un décryptage
- ❖ Christelle LEDROIT, CS en réa med à Angers, fait partie du groupe bientraitance sur le CHU...patients/professionnels, entre professionnels et professionnels/direction. Travail qui doit aboutir à un guide de bonnes pratiques.
- ❖ Catherine CARRE, anciennement cadre de santé en équipe mobile de gériatrie, aujourd'hui cadre formateur dans un IFAS et développe la bientraitance dans ses formations autour de la question de la toilette
- ❖ Geneviève COL, Cadre Supérieure de Santé, travail sur la prise en charge des patients dans le cadre de l'imagerie, chef de projet affaires médicales et affaires logistiques (démarche qualité ISO 9001...), travail en interdisciplinarité sur l'amélioration de la prise en charge du patient douloureux et l'attente de traitement de chimiothérapie.
- ❖ Hélène AUDOIRE, IFSI Toulouse, assure formation bientraitance
- ❖ Catherine LIBERT, Responsable formation au CHRU de Lille, Cadre Supérieure de Santé

Etaient excusés :

- ❖ Michèle GUILLOIS, Cadre Supérieure de Santé, pôle rééducation Lille
- ❖ Sylvie VIAUX SAVELON, Médecin pédopsychiatre à la Pitié, forme les gens sur la périnatalité + lutte contre maltraitance dans les familles
- ❖ Jean-Marie BOUGOUIN, Directeur dans un Groupe de Coopération Sanitaire et Médico-social, travail sur le maintien à domicile en situation de perte de handicap pour les personnes âgées et handicapées. Spécialiste des actes de maltraitance dans actes de la vie quotidienne
- ❖ Laurence VERJANS, Directrice du centre d'accueil de jour Marie de Miribel, ergothérapeute et musicothérapeute de formation initiale, a travaillé sur l'alimentation de la personne âgée démente et sur la relation entre diffusion musicale et comportement nocturne
- ❖ Marie-Christine FRANCOIS, Cadre supérieure de santé
- ❖ Florence FRANCINEAU: Sage femme qui a travaillé dans le privé, publique, libéral... Fait aujourd'hui de la formation continue et Vice-PR de Gynécologie Sans Frontière.

Il s'agira de répondre à deux questions :

- 1) Qu'évoque pour vous la notion de « qualité de service » ?
- 2) Comment mettre en œuvre cette démarche lors des soins spécifiques que sont les soins de base ?

I. Qu'évoque pour vous la notion de « qualité de service » ?

L'accueil est la première composante d'un service rendu de qualité. Le contact initial est primordial et il l'est d'autant plus que les séjours sont de plus en plus court et que le turn-over est important. Cet accueil est d'autant plus important en court séjour lorsqu'on a que peu de temps pour changer l'image. La présentation de la personne qui accueille, son aspect, les mots employés qui permettent de se mettre en relation, en empathie avec le patient.

Puis, tout au long du séjour, l'équipe soignante doit s'attacher à rendre chaque séjour le plus agréable possible en considérant le patient, prenant son temps, en étant présent. La notion de « juste prestation » doit être au cœur de l'action ; elle rejoint l'adaptabilité de chaque personnel à chaque patient qu'il prend en charge.

S'adapter c'est notamment respecter la chambre du patient, éviter d'encombrer les lieux.

Toutefois, un personnel fatigué, maltraité rencontrera des difficultés pour être bientraitant.

Comment y parvenir ?

- Grâce à des outils : des protocoles, des recommandations de bonne pratique, éléments de langage, petites intentions... Par exemple, il peut être utile d'écrire une procédure décrivant l'entretien d'accueil afin que ce moment ne soit pas trop violent pour le patient admis à l'hôpital.
- Grâce à des lieux d'accueil visibles et facilement accessibles. On évitera ainsi que les patients se perdent dans les établissements.
- Grâce à l'utilisation des méthodes hôtelières

- Grâce à la traçabilité, importance des transmissions. Des outils sont très pratiques : les transmissions ciblées par exemple
- Grâce à l'analyse des pratiques qui permet de partager des expériences et de réfléchir ensemble aux situations. Le contrôle en vis-à-vis peut permettre aussi de progresser mais il faut accepter la règle du jeu.

II. Quelle est la spécificité des soins de base ?

Ce groupe avait pour thème de travail l'assistance dans les besoins fondamentaux que sont la toilette, les soins d'hygiène, le repas ou l'aide à la mobilité. Comme il ne s'agit pas de soins techniques, ils font l'objet d'un certain manque de considération. On pourrait parler de soins à « haute criticité » car tout un chacun a une idée plus ou moins précise de ce que devrait être un bon repas, une toilette efficace...

Il faut cependant faire attention à différencier ces soins de base. Par exemple, les repas et la toilette n'ont pas la même portée. Par exemple, la toilette n'est faite par le personnel que pour les personnes très vulnérables et peu autonomes.

La notion de « douce violence » est très appropriée ici. En effet, cette oxymore permet de voir que ce sont souvent des petits détails de comportement, d'attitude qui font qu'un soin n'est plus bienveillant alors même que la technique est respectée.

Il faut s'attacher à donner du sens au travail de l'Aide Soignant et faire que ce travail de base ne soit pas déconsidéré par les autres personnels.

**Groupe 2 : Assistance dans les besoins fondamentaux : toilette,
soins d'hygiène, repas, aide à la mobilité
Vendredi 19 novembre 2010 – 10h/13h
Préparation de la synthèse**

Coordination : Martine CHRIQUI-REINECKE

Rapporteur : Pauline FLORI

Etaient présents :

- ❖ Viviane BEAUMATIN, Cadre de santé, CHU de Bordeaux, a travaillé sur les notions de « projet de vie » et de « projet de soins » en gériatrie et sur l'espace éthique, espace qui permet aux professionnels de s'interroger sur la notion de projet du patient.
- ❖ Nicole ROYER, Directrice des Soins, a travaillé en centre pour grands brûlés comme IDE puis en service de réanimation, a été membre pendant 6 ans du Comité Consultatif de protection des patients en Recherche Biomédicale, a mené des travaux sur l'éthique dans le cadre d'un diplôme universitaire.
- ❖ Patricia DARRACQ, IDE
- ❖ Laurent ROCHETTE, Aide-soignant
- ❖ Laëtitia CHAUMONTET, psychosociologue, en charge de l'observation du fonctionnement du groupe, elle est plus spécialiste dans l'ASE...doit avoir un « méta-regard sur le fonctionnement du groupe »...au-dessus du contenu...
- ❖ Pauline FLORI, Elève-Directeur d'Etablissements Sanitaires, Sociaux et Médico-sociaux à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, rapporteur.
- ❖ Christine SCHUHL, éducatrice de jeunes enfants de formation, rédactrice en chef d'une revue professionnelle, a publié autour du terme de la « douce violence » dans le secteur de la petite enfance, travaille à partir d'observations de terrain avec un décryptage
- ❖ Florence FRANCILLON : Sage femme à Poissy. Fait aujourd'hui de la formation continue et Vice-PR de Gynécologie Sans Frontière.
- ❖ Christelle LEDROIT, CS en réa med à Angers, fait partie du groupe bientraitance sur le CHU...patients/professionnels, entre professionnels et professionnels/direction. Travail qui doit aboutir à un guide de bonnes pratiques.
- ❖ Catherine CARRE, anciennement cadre de santé en équipe mobile de gériatrie, aujourd'hui cadre formateur dans un IFAS et développe la bientraitance dans ses formations autour de la question de la toilette
- ❖ Geneviève COL, Cadre Supérieure de Santé, travail sur la prise en charge des patients dans le cadre de l'imagerie, chef de projet affaires médicales et affaires logistiques (démarche qualité ISO 9001...), travail en interdisciplinarité sur l'amélioration de la prise en charge du patient douloureux et l'attente de traitement de chimiothérapie.
- ❖ Hélène AUDOIRE, IFSI Toulouse, assure formation bientraitance

- ❖ Catherine LIBERT, Responsable formation au CHRU de Lille, Cadre Supérieure de Santé
- ❖ Isabelle CHARRET, médecin gériatre, travail sur différentes formations comme la validation, l'écoute active, l'humanité

- ❖ **Etaient excusés :**

- ❖ Michèle GUILLOIS, Cadre Supérieure de Santé, pôle rééducation Lille
- ❖ Sylvie VIAUX SAVELON, Médecin pédopsychiatre à la Pitié, forme les gens sur la périnatalité + lutte contre maltraitance dans les familles
- ❖ Jean-Marie BOUGOUIN, Directeur dans un Groupe de Coopération Sanitaire et Médico-social, travail sur le maintien à domicile en situation de perte de handicap pour les personnes âgées et handicapées. Spécialiste des actes de maltraitance dans actes de la vie quotidienne
- ❖ Laurence VERJANS, Directrice du centre d'accueil de jour Marie de Miribel, ergothérapeute et musicothérapeute de formation initiale, a travaillé sur l'alimentation de la personne âgée démente et sur la relation entre diffusion musicale et comportement nocturne

Division du groupe en deux sous-groupes pour répartir le travail :

- Premier sous-groupe : questions 1 et 3
- Deuxième sous-groupe : questions 2 et 4

1. Définition de la bientraitance et de la qualité de service

La bientraitance professionnelle se concrétise dans une manière d'être, de penser et d'agir. Elle est l'élément fondateur et un véritable fil conducteur dans la relation de soins. Elle est un processus intentionnel et continu de mobilisation, individuelle et collective, de l'ensemble des ressources (acteurs, environnement...).

La bientraitance dans l'assistance aux besoins fondamentaux que sont la toilette, l'aide au repas et l'aide à la mobilité, se traduit par la prise en compte de chacun dans sa singularité, ses besoins explicites et implicites. Ces soins de bien-être et de confort nécessitent une vigilance particulière du fait de leur caractère répétitif, de la vulnérabilité des personnes auxquelles ils s'adressent, du risque de banalisation. A la différence de certains soins qui sont peut-être plus valorisés, ces gestes du quotidien souffrent d'un manque de considération. On peut également parler de soins « à haut risque potentiel de non-bientraitance ». En effet, dans la réalisation de ces soins, certains petits détails de comportement, d'attitude peuvent faire basculer ces gestes comme n'étant plus bienveillants alors même que la technique est respectée.

La bientraitance met au cœur de l'accompagnement la personne soignée ainsi que ses proches en tant qu'acteurs à part entière. Elle s'appuie sur des valeurs fondamentales dans la prise en charge qui doivent fédérer une équipe, comme l'intentionnalité, l'équité, le sens, le respect, l'écoute, la présence. Ceci suppose une reconnaissance, un soutien, un accompagnement des professionnels eux-mêmes afin de donner du sens à leurs actions.

Elle ne saurait se faire sans un engagement actif de chacun, une volonté politique institutionnelle et un management adapté qui permettront d'améliorer et de pérenniser une culture de la bientraitance : des pratiques bienveillantes, bienfaitantes et bientraitantes.

La bientraitance est intimement liée à la qualité de service et respectivement. La qualité de service se définissant comme « la juste prestation » à donner, elle nécessite une adaptation entre les demandes des personnes soignées et une réponse cohérente des acteurs de l'établissement de soin.

2) Identification et valorisation des pratiques favorables à la bientraitance et à la qualité de service pour :

- Professionnels en contact direct avec les patients et leurs proches ;
- Professionnels des services techniques, médico-techniques, logistiques et administratifs ;
- Organisation et management des équipes et fonctionnement institutionnel des établissements.

Plusieurs facteurs permettent de parvenir à l'obtention de pratiques bientraitantes :

- la compétence des professionnels
- les pratiques qui rompent l'isolement du soignant, du soigné
- l'accès à l'information
- le gestionnaire de cas
- l'accueil du patient: de la présentation de la personne qui accueille, à son aspect, en passant par les mots employés qui permettent de se mettre en relation, en empathie avec le patient.
- l'association des personnes soignées à leurs soins pour permettre leur expression
- la courtoisie, le bien vivre ensemble
- le respect du droit
- le respect du rythme des personnes et habitudes de vie
- l'élaboration collective d'un projet d'équipe
- la collaboration pluridisciplinaire en particulier avec la logistique, les équipes médico-techniques pour remettre le patient au cœur du soin.
- l'évaluation régulière des pratiques
- la notion de « juste prestation »

Comment valoriser les actions ?

- grâce à l'exemplarité
- grâce aux réunions cliniques, aux réunions de travail sur les dossiers des personnes soignées, aux RMM
- grâce aux questionnaires de satisfaction des personnes soignées et des soignants avec débriefing en équipe
- grâce aux entretiens annuels qui doivent apparaître dans l'évaluation professionnelle
- Grâce au développement de rencontres entre professionnels

3) Objectifs que les établissements, les ARS et les institutions nationales devraient se donner pour favoriser la BT et la qualité de service

La culture de la bientraitance doit être fortement intégrée en temps qu'axe de progrès et d'amélioration, dans le projet d'établissement notamment. Cette culture doit faire l'objet d'un véritable engagement et se traduire par des objectifs spécifiques mesurables au sein des projets de pôle et de services. Elle doit être portée également de manière collégiale par les directeurs d'établissements, et validée par toutes les instances comme volonté politique affichée, et relayée dans une stratégie de communication. Une charte institutionnelle de la BT devra être affichée, diffusée et évaluée.

Les items concernant la bientraitance dans les soins fondamentaux seront intégrés aux questionnaires de satisfaction des patients. Une vigilance pointera les insuffisances afin permettre une réflexion sur les pratiques individuelles et collectives. Des temps de partages pluri-professionnelles et interdisciplinaires d'évaluation des pratiques, des soins et des gestes sera mise en place à tous les niveaux.

Le projet social de l'établissement mettra en avant la nécessaire bientraitance des soignants eux-mêmes. Les formations continues proposées auront pour objectif l'évaluation, la remise en question, l'évolution et de la pérennisation des pratiques bientraitantes.

Les ARS doivent être garantes de cette implication par le biais des CPAOM (contrat pluri-annuel d'objectifs et de moyens), et organiseront des réunions régionales pour valoriser les opérations pilotes réalisées dans les régions.

Au niveau national, un colloque annuel mettra en lumière l'implication des ARS dans leurs actions, en mettant en valeur les actions d'amélioration relative à la BT dans le cadre du Benchmarking. Une large campagne de communication nationale appuiera cette démarche.

4) Propositions de modalités de mise en œuvre de cette démarche, en prévoyant des mesures d'accompagnement et d'engagement des acteurs.

Au niveau institutionnel :

- Mobilisation des instances de l'hôpital : en priorité le directeur mais aussi instances consultatives, CME, CSIRMT, CLIN, CLUD, CLAN, CTE, CHSCT, CRUQPC...
- Diffusion de la culture de bientraitance : d'abord dans le préambule du projet d'établissement puis déclinaison dans tous les projets transversaux : médical, social, managérial et dans les projets de pôle...
- Politique de communication stratégique
- Ecriture de chartes : charte de l'accueil du tout petit, les 10 règles de l'hospitalité
- Démarche de conscientisation : la bientraitance comme une vigilance à développer au quotidien. C'est une réflexion permanente, non acquise, ni pérenne
- Développement du tutorat, de l'accompagnement pour rompre l'isolement du professionnel.
- Intégration des nouveaux professionnels : notamment pendant les journées d'accueil, la distribution des livrets d'accueil des étudiants en stage est obligatoire
- Travail en collaboration avec les correspondants « bientraitance » des ARS qui sont identifiés et qui doivent veiller à l'application de cette culture. Rôle : informer, relever

des actions-pilotes, les diffuser et les décliner, décerner des prix ou du moins, valoriser ce qui a été entrepris

- Travail avec les comités d'éthique ou espace en respectant les directives sur les soins éthiques (référence à la charte Alzheimer)
- Mise en place d'indicateurs de suivis des résultats pour évaluer l'impact de la démarche

Lors du parcours de soins : pour le patient et ses proches :

- Notion de contrat de soins
- Etablissement de relations de confiance avec la personne soignée et son entourage (en particulier la personne de confiance)
 - En adaptant notamment l'information tout au long de la prise en charge
 - En organisant la traçabilité des informations

PROPOSER DES MODALITES DE MISE EN ŒUVRE (AU REGARD DE L'ASSISTANCE DANS LES BESOINS FONDAMENTAUX)

- **Mobiliser tous les acteurs (institutionnels et professionnels)**
 - En diffusant une culture de bientraitance
 - En formant les cadres au management de la bientraitance
 - participer à des colloques, recentrer les professionnels dont ils ont la charge sur les valeurs...
 - En décloisonnant les filières professionnelles pour favoriser les échanges
 - Réunions pluridisciplinaires – partages d'expérience...
 - Partage des expériences et des difficultés d'encadrement (groupes de paroles entre cadres...)
 - En instaurant des modes d'encadrement respectueux des personnes et garants de la bientraitance
 - Développement des tutorats pour les professionnels, accompagnement des étudiants
 - Repérer et identifier des professionnels en souffrance
- **Soutenir le développement des compétences individuelles et collectives**
 - Formation et qualification des professionnels permettant d'apporter une réponse adaptée aux besoins de l'utilisateur
 - Promouvoir la réflexion éthique des professionnels autour de l'assistance dans les besoins fondamentaux
- **Faire vivre au quotidien les valeurs portées par les professionnels dans leur prise en soin**
 - En affichant les valeurs (sous toute forme d'affichage : poster, support informatique...) centrées sur les besoins fondamentaux, sur le respect de l'intimité et de la dignité
 - En partageant les expériences
 - En recentrant les équipes sur leurs droits mais également sur leurs devoirs (éthique de responsabilité)
 - En élaborant une conception de soins – en la réinterrogeant en lien avec des situations de soin, en organisant des réunions cliniques, des analyses de pratiques...
 - En associant dès que possible la personne soignée à sa prise en soins quel que soit son âge et son état
 - En repérant qui est l'entourage de la personne soignée et en l'associant avec son accord
 - En écoutant les propos de la personne soignée, sans jugement

- En adoptant une posture de disponibilité, d'écoute et d'empathie centrée sur les besoins de la personne
 - En recueillant le consentement libre et éclairé de la personne soignée et le cas échéant, le refus de soins
- **Elaborer des projets de soins, de vie avec la personne et/ou son entourage selon le contexte (court – moyen séjour)**
 - En développant les dispositifs d'éducation thérapeutique
 - En faisant participer la personne soignée et/ou son entourage dans la construction et la mise en œuvre du projet personnalisé
 - En recherchant l'adhésion au projet de soins de la personne soignée dans les cas d'hospitalisation sans consentement ou de refus de soins
 - En évaluant régulièrement l'autonomie de la personne soignée dans son parcours de soin (et en ajustant au besoin)
- **Etablir des relations de confiance avec la personne soignée et / ou son entourage (en particulier la personne de confiance)**
 - En améliorant la communication
 - En adaptant l'information tout au long de la prise en soins
 - En évaluant et améliorant la démarche d'information de la personne soignée en cas de dommages liés aux soins...
- **Faire vivre le raisonnement clinique**
 - En organisant des réunions pluriprofessionnelles de raisonnement clinique autour de l'assistance dans les besoins fondamentaux
 - En organisant des Revues Morbi-mortalités (RMM)
 - En élaborant des plans de soins type et des chemins cliniques (équipes paramédicale et médicale).

PS : Propositions de modalités (en partie élaborées actuellement en groupe de travail institutionnel sur le CHU d'ANGERS).

GROUPE 3 :

"CONSULTATIONS, EXAMENS, TRAITEMENTS ET SOINS INVASIFS"

PILOTÉ PAR : MICHEL SCHMITT

DATES DES RENCONTRES :

27/09/10 - 04/10/10 - 11/10/10 - 21/10/10 - 19/11/10

Groupe 3 : Consultations, examens complémentaires, traitements et soins invasifs »
Le 27 septembre 2010

Coordination : Dr. M. SCHMITT

Rapporteur : J. BERTRAND

Présentations :

M **Christel DAVID**, MER, Institut Curie : en charge de l'arrivée des nouveaux agents et de leur prise de fonction, lui permet de faire passer des messages

M **Liliane OLLIVIER**, PH imagerie, institut Curie : s'attache à l'amélioration de la prise en charge du patient dans le cadre de l'imagerie médicale ; a demandé une enquête au comité des patients sur le ressenti de prise en charge des personnes soignées ; en charge du groupe sur l'information des patients de la société française de radiologie.

M **Françoise APIOU**, Comité des patients à l'institut Curie, chercheuse CNRS oncogénétique : souhaite pouvoir intervenir dans des services où existent des dysfonctionnements sans réel questionnement interne. Le questionnement est le début de la bientraitance.

M **Isabelle ROBINEAU**, coordinatrice des formations universitaires, Ecole supérieure Montsouris, ancienne CSE en centre de pédopsychiatrie et qualité. Est entrée dans la question de la bientraitance par la maltraitance. Est toujours confrontée à la maltraitance et à la souffrance des professionnels de santé face à une perte de sens (restructuration etc.). Dans le cadre de l'HAS, la bientraitance s'est inscrite dans le cadre des droits. Il faudrait peut-être l'inscrire dans les pratiques car elle part du travail des équipes.

M **Alice CASAGRANDE**, Déléguée nationale qualité, gestion des risques et promotion de la bientraitance, CRF : a accompagné la réflexion de l'ANESM sur les questions de maltraitance et de bientraitance. A observé des difficultés de positionnement des cadres. Le management a une part importante

M **Isabelle LIGI**, PH médecine néonatale AP Marseille, réalise une démarche qualité dans son service (prise en charge de la douleur chez le nouveau-né ; accompagnement de la fin de vie, accompagnement des parents et des nouveau-né ; allaitement)

M **Guillaume DOMATO**, AS hôpital Bretonneau depuis 2 ans

M **Elisabeth SHOUMAN CLAEYS**, PUPH imagerie et chef de service à l'hôpital Bichat, présidente des sections « management » et « urgence » de la Société Française de Radiologie, s'intéresse à la maltraitance entre soignants

M **Estelle WYTSZITC**, IDE d'annonce Tenon : a créé le poste, accompagnement des personnes malades et des familles

M **Sandrine MOSKOVITCH**, Secrétaire d'accueil : rencontrer des personnes autour de cette thématique : l'accueil, premier pas à l'hôpital, marque souvent le cursus des personnes soignées

M **Christine LEBEE**, assistance sociale, Cadre socio-éducatif, Hôpital Bretonneau, réflexions dans le cadre de l'ouverture de ce nouvel hôpital et coordination des relations ville hôpital. A observé la souffrance du personnel et donc des personnes soignées. Faire en sorte que le retour à domicile se passe dans les meilleures conditions, comment aborder l'idée d'une entrée en établissement ? jusqu'où peut-on décider pour le patient ?

M **Marina CHAUPITRE**, CS CHU Angers, imagerie médicale, souhaite participer à la gestion et améliorer les conditions de travail. Travaille aujourd'hui dans un secteur d'urgence, son équipe est actuellement souffrance car changement d'organisation et arrivée d'un nouvel équipement. Est à la recherche de pistes pour aider son équipe. Il faut aider les cadres à encadrer et leur donner des pistes pour aller vers la bientraitance.

M **Vincent BILGER**, Directeur Maison d'Enfant à Caractère Social, Croix Rouge Française ; a été embauché en 1995 pour reprendre un établissement lieu de maltraitements graves, a écrit une charte sur la prévention de la maltraitance, parle de violences plutôt que de maltraitance car violence est un terme plus large. La bientraitance n'est pas l'opposé de la maltraitance même si les deux notions sont connexes.

M **Martine CHRQUI-REINECKE**, psychologue et formatrice, co pilote de la mission, a travaillé sur la lutte contre la douleur, l'accompagnement en fin de vie, le respect du désir de la personne âgée. Le cadre a une place importante dans la prévention de la maltraitance et dans la promotion de la bientraitance. Le cadre doit savoir accompagner mais également sanctionner certaines pratiques.

M **Michel SCHMITT**, PH Chef de Département en imagerie, coordonnateur du groupe 3 et copilote de la mission ; travaille depuis plusieurs années à promouvoir une dynamique vers la bientraitance dans le secteur MCO ; évoque la notion de « mieux traitance » pour ne pas stigmatiser le « bien » et le « mal », insiste sur l'importance du management et de l'implication de la communauté soignante qui passe par la motivation, le partage et le « sens » de leur engagement

M **Juliette BERTRAND**, élève Directeur d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, rapporteur

Excusés :

M **Bruno CAZIN**, PH d'hématologie au CHU de Lille, Vicaire épiscopal, Vice Recteur de l'institut catholique de Lille. A mené en particulier des réflexions philosophiques sur la fin de vie

M **Andrée JOURDREN**, représentante de familles de patients

M **François-Bernard MICHEL**, PUPH à Montpellier, membre de l'académie de médecine. Dénonce l'aspect gestionnaire grandissant des soignants dont les médecins au détriment de l'humanisme et du soin

M **Pierre PERUCHO**, PH chirurgie ambulatoire, secteur en plein essor avec une forte pression des équipes, que devient l'humanité dans ce type d'offre ?

M **Anne PARIS**, cadre sage femme, hôpital Foch à Suresnes

La bientraitance concerne tant la personne soignée que la communauté des soignants au sens large du terme.

La ministre de la Santé a décidé de faire de 2011 l'année des droits du patient. Les réflexions s'orientent dans trois directions, centrées sur les établissements de court séjour type MCO :

- Les droits des patients : comment améliorer la connaissance que le grand public peut et doit avoir de ses droits quant à l'accès aux soins, en particulier pour les populations hautement vulnérables, la petite enfance, etc .
- La bientraitance : il s'agit de proposer à terme des recommandations de bonne pratique. La forme reste à définir mais il faut rester au plus près des équipes afin que celles-ci puissent s'approprier aisément ces recommandations qui doivent être pragmatiques et répondre à leur attente. La mission est divisée en 5 groupes de travail sur différents thèmes
- Les modalités d'accès à l'information : quel accès pour l'utilisateur via les nouvelles technologies au savoir médical ? cet accès peut modifier le positionnement du patient et la relation soignant/soigné. Pour cette mission Mme Le Ministre souhaite l'analyse des incidences des évolutions technologiques sur les attentes et les comportements de tous.

Lorsque l'on parle de bientraitance on évoque souvent l'empathie.

Le soignant ne peut être bientraitant que s'il se sent lui-même bientraité, valorisé, reconnu et respecté. Le monde soignant est aujourd'hui souvent en souffrance car il a le sentiment d'une perte de sens. Nombreux sont ceux qui ont l'impression d'avoir perdu de vue ce qu'ils recherchaient au départ et se retrouvent aujourd'hui « noyés » dans des activités administratives de gestion.

Tant en mettant en place les nécessaires mesures d'efficacité socioéconomique, es professionnels doivent pouvoir retrouver leur idéal initial, au service du bien être et donc de l'écoute du patient : c'est en ce sens que nous devons travailler.

Le groupe bientraitance est divisé en 5 sous-groupes (cf. lettre de mission) avec trois le pilotes : Martine CHRIQUI-REINECKE, Michèle BRESSAND, Michel SCHMITT. Chacun animera tour à tour les réunions des groupes de travail.

Chaque groupe se réunira 5 fois avec pour but la remise, fin novembre, d'une note de cadrage à Mme Le Ministre. Par la suite se tiendront en région des travaux sur les différents thèmes traités pour terminer cette démarche par lors d'assises nationales. Les soignants ont ainsi l'occasion d'être associés à cette réflexion qui débouchera sur la possible remise en cause des pratiques, des actions de formation, d'évaluation voire des modifications règlementaires ou législatives.

Rendu des thèmes exposés en sous-groupe :

Lors de cette première séance il est demandé au groupe de travail GR 3 de se diviser en trois sous-groupes afin de discuter de la vision et du vécu que chacun peut avoir de la bientraitance au travers des expériences et réflexions individuelles ; puis d'essayer de parvenir à une définition de la bientraitance (PV en annexe)

Sous groupe A :

Dans une relation asymétrique, la bientraitance est un acte volontaire et conscient devant être repensé.

Réflexion permanente ni acquise, ni pérenne, imposant une relation au citoyen qui renvoie à une réflexion de la collectivité.

Importance de la prise en compte de la singularité de la personne.

Vigilance à développer au quotidien

Image de la chaîne dont les maillons sont les acteurs avec l'image d'une pyramide partant du chef de service jusqu'aux agents et évocation du « maillon faible »

Les acteurs ne doivent pas être complices, question de la responsabilité des actes.

Question du comment faire ? Grâce à des recommandations auprès des professionnels, comment les atteindre et les faire participer ?

Sous groupe B :

La bientraitance est une démarche active basée sur le respect de l'autre et le regard de l'autre. La communication est importante ; le respect de l'autre doit se faire sans jugement.

La bientraitance doit tendre au soin personnalisé. Les établissements sont aujourd'hui face à l'impératif de l'efficacité, dans ce cadre comment mettre en place la bientraitance ?

Le chemin clinique du patient : il faut prendre en compte tous les maillons du circuit pour aller vers cette bientraitance.

Le chef de service joue un rôle très important d'initiateur, de garant. Il doit montrer la voie, s'y engager et doit œuvrer en binôme avec le cadre pour la mise en place de la bientraitance. Toutes les professions doivent être associées à cette démarche.

La remise en question est importante vis-à-vis de l'humain. Comment réagir face à la prise en charge médicale ? Les valeurs de l'équipe soignante doivent ressortir

Il faut favoriser le retour positif que le patient peut avoir des soins reçus et du temps passé.

La prise en charge de la douleur est très importante. La prise en charge du patient et de sa famille doit se faire dans son individualité. Le respect de l'autre ne doit pas déborder sur autrui (ex/ chambres doubles).

Il faut s'interroger sur l'éducation de l'accueil, des familles et de leurs exigences. Comment pouvoir vivre correctement son soin au sein d'un établissement de santé ? L'idée de réaliser des opérations de type « caméra cachée » est avancée comme intéressante bien que non réalisable.

Termes et idées notés pendant la discussion (M Schmitt):

- Organisation institutionnelle donnée par la direction
- Exemplarité
- Responsabilisation
- Faire sauter les verrous
- Volonté hiérarchique
- Moteur
- Rôle du management

- Action du cadre avec valorisation, reconnaissance mais aussi des sanctions : « la main du cadre doit savoir caresser mais aussi punir »
- Des points clé à tous les niveaux
- Ecoute de tous les acteurs (ex/ brancardiers)
- Pourquoi devoir dépenser tant d'énergie pour parvenir à la bientraitance : elle est une évidence pour les élèves et étudiants ; quels sont les éléments du système de soin qui « pervertissent » les acteurs du soin ?
- Les actions expérimentales doivent être autorisées voire favorisées : animations de nuit, ...
- Importance de la supervision des équipes : temps de parole
- Aller vers le partage des expériences
- Favoriser l'appropriation : la culture doit parler aux agents
- Elever le niveau de conscience de chacun
- Trouver les mots pour faire passer les actions de bientraitance aux médecins
- Prendre en compte l'organisationnel : enfants à garder pdt les consultations, voitures à garer, délais de rdv et de transmission des courriers
- Coordonner le parcours de soin
- « la sélection du personnel doit se faire non en fonction de ses connaissances en mathématiques » mais selon sa capacité à se remettre en cause »
- Contaminer avec le virus de la bientraitance
- Les structures doivent être réfléchies pour permettre la bientraitance
- L'encadrement doit montrer la direction, être exemplaire, diffuser des valeurs hiérarchiques
- Former à la remise en cause des membres de la communauté soignante
- Pourquoi organiser la prise en charge des aînés comme celle des enfants : horaires des repas, prise de température ...
- Recréer le lien, la vie commune, une vie sociale à l'hôpital : exemple des anciennes salles communes
- Une démarche de bientraitance doit s'appuyer sur les acteurs institutionnels
- Il y a des valeurs non négociables dont le respect
- Protéger les équipes

- L'annonce des maladies doit être étudiée de près : seul le cas du cancer est dans certains cas traité
- Respecter les besoins fondamentaux des personnes : port des dentiers, lunettes, appareils auditifs, ne pas réveiller brutalement, ...
- « BT n'est pas diffusée à l'hôpital car ce dernier n'intervient pas dans un milieu concurrentiel comme les cliniques privées »
- « Pourquoi n'y a-t-il pas de parallélismes entre l'évolution de la mentalité des soignants et celle de la société ? »
- Les formations devraient apprendre aux soignants à regarder, parler et toucher
- Former à l'élaboration des vecteurs de communication simples
- Ne pas parler de patients mais de personnes soignées
- Se méfier de l'expression « prendre en charge » qui peut être vécue comme réduisant l'humanité de la personne soignée
- Rendre les « codes » de l'hôpital accessibles et lisibles
- Réflexion stratégique et démarche structurante
- La bientraitance est une dynamique vers ... la maltraitance est statique
- Bientraiter c'est prendre soin de l'autre, le respecter sans faire usage de son autorité
- Soigner c'est partager
- Il ne faut pas considérer l'autre comme un patient mais comme un homme
- BT est obligatoire et non optionnel
- Il faudrait parler de « développement durable » en bientraitance
- BT est une dynamique corrélée aux réalités sociales. Elle est une démarche active basée sur le respect et le regard à l'autre sans jugement pour une prise en charge personnalisée et adaptée, à une personne précise et à un instant précis
- Ne pas s'abriter derrière du matériel ou une technique
- Voir l'autre avec ses spécificités et ses différences pour mettre en place une relation de confiance
- La BT est souvent plus un ressenti qu'un fait

M La prochaine réunion se tiendra le 4 octobre de 14h à 17h. Elle sera animée par Michelle Bressand

M Il est demandé aux membres du groupe de recenser autour d'eux les documents portés à leur connaissance sur la bientraitance ou assimilé (expérience, initiatives etc.) de les transmettre au groupe ou à défaut au coordonnateur Dr. M. SCHMITT pour transmission au groupe. Tous les supports seront acceptés.

Groupe 3 : Consultations, examens complémentaires, traitements et soins invasifs

Le 04 octobre 2010 – 14h/17h

Coordination : Michelle BRESSAND

Rapporteur : Pauline FLORI

Etaient présents :

- ❖ **Christel DAVID**, MER, Institut Curie : en charge de l'arrivée des nouveaux agents et de leur prise de fonction, lui permet de faire passer des messages
- ❖ **Liliane OLLIVIER**, PH imagerie, institut Curie : s'attache à l'amélioration de la prise en charge du patient dans le cadre de l'imagerie médicale ; a demandé une enquête au comité des patients sur le ressenti de prise en charge des personnes soignées ; en charge du groupe sur l'information des patients de la société française de radiologie.
- ❖ **Françoise APIOU**, Comité des patients à l'institut Curie, chercheuse CNRS oncogénétique : souhaite pouvoir intervenir dans des services où existent des dysfonctionnements sans réel questionnement interne. Le questionnement est le début de la bientraitance.
- ❖ **Isabelle ROBINEAU**, coordinatrice des formations universitaires, Ecole supérieure Montsouris, ancienne CSE en centre de pédopsychiatrie et qualitiennne. Est entrée dans la question de la bientraitance par la maltraitance. Est toujours confrontée à la maltraitance et à la souffrance des professionnels de santé face à une perte de sens (restructuration etc.). Dans le cadre de l'HAS, la bientraitance s'est inscrite dans le cadre des droits. Il faudrait peut-être l'inscrire dans les pratiques car elle part du travail des équipes.
- ❖ **Alice CASAGRANDE**, Déléguée nationale qualité, gestion des risques et promotion de la bientraitance, CRF : a accompagné la réflexion de l'ANESM sur les questions de maltraitance et de bientraitance. A observé des difficultés de positionnement des cadres. Le management a une part importante
- ❖ **Isabelle LIGI**, PH médecine néonatale AP Marseille, réalise une démarche qualité dans son service (prise en charge de la douleur chez le nouveau-né ; accompagnement de la fin de vie, accompagnement des parents et des nouveau-né ; allaitement)
- ❖ **Guillaume DOMATO**, AS hôpital Bretonneau depuis 2 ans
- ❖ **Elisabeth SHOUMAN CLAEYS**, PUPH imagerie et chef de service à l'hôpital Bichat, présidente des sections « management » et « urgence » de la Société Française de Radiologie, s'intéresse à la maltraitance entre soignants
- ❖ **Estelle WYTSZITC**, IDE d'annonce Tenon : a créé le poste, accompagnement des personnes malades et des familles
- ❖ **Sandrine MOSKOVITCH**, Secrétaire d'accueil : rencontrer des personnes autour de cette thématique : l'accueil, premier pas à l'hôpital, marque souvent le cursus des personnes soignées
- ❖ **Christine LEBEE**, assistance sociale, Cadre socio-éducatif, Hôpital Bretonneau, réflexions dans le cadre de l'ouverture de ce nouvel hôpital et coordination des relations ville hôpital. A observé la souffrance du personnel et donc des personnes soignées. Faire en sorte que le retour à domicile se passe dans les meilleures conditions, comment aborder l'idée d'une entrée en établissement ? jusqu'où peut-on décider pour le patient ?
- ❖ **Marina CHAUPITRE**, CS CHU Angers, imagerie médicale, souhaite participer à la gestion et améliorer les conditions de travail. Travaille aujourd'hui dans un secteur d'urgence, son équipe est actuellement en souffrance car changement d'organisation et arrivée d'un nouvel équipement. Est à la recherche de pistes pour aider son équipe. Il faut aider les cadres à encadrer et leur donner des pistes pour aller vers la bientraitance.

- ❖ **Vincent BILGER**, Directeur Maison d'Enfant à Caractère Social, Croix Rouge Française ; a été embauché en 1995 pour reprendre un établissement lieu de maltraitements graves, a écrit une charte sur la prévention de la maltraitance, parle de violences plutôt que de maltraitance car violence est un terme plus large. La bientraitance n'est pas l'opposé de la maltraitance même si les deux notions sont connexes.
- ❖ **François-Bernard MICHEL**, PUPH à Montpellier, membre de l'académie de médecine. Dénonce l'aspect gestionnaire grandissant des soignants dont les médecins au détriment de l'humanisme et du soin
- ❖ **Pierre PERUCHO**, PH chirurgie ambulatoire, secteur en plein essor avec une forte pression des équipes, que devient l'humanité dans ce type d'offre ?
- ❖ **Anne PARIS**, cadre sage femme, hôpital Foch à Suresnes

Étaient excusés :

- ❖ **Bruno CAZIN**, PH d'hématologie au CHU de Lille, Vicaire épiscopal, Vice Recteur de l'institut catholique de Lille. A mené en particulier des réflexions philosophiques sur la fin de vie
- ❖ **Andrée JOURDREN**, représentante de familles de patients

L'objectif final de la mission « bientraitance » est de se poser la question de savoir si l'hôpital (MCO, HAD, SSR et PSY) peut se doter d'un plan bientraitance à l'image de celui de Philippe Bas pour le secteur médico-social.

I) Définition adaptée de la bientraitance

Etant donné qu'une définition de la bientraitance a déjà été élaborée la semaine dernière par le groupe, il serait plus opportun de réfléchir à une définition de la « qualité des services ». Quel écho pour les établissements ? Comment faire pour que tout le monde acquiert une culture bientraitante ?

Il serait intéressant de parler plutôt de « qualité de service rendu » avec une notion d'évaluation de ce qui a été fait, de ce qui n'a pas été fait. Pour qu'un service soit de qualité, deux éléments sont nécessaires :

- une qualité technique parfaite (avec notion de sécurité)
- des conditions qui ont profité aux patients.

Par exemple, en radiologie, les patients sont le plus souvent très bien explorés techniquement. Cependant, à la sortie, le patient ne peut pas savoir rapidement ce qu'il a et doit attendre plusieurs jours voire plusieurs semaines avant que le médecin de consultation lui donne son diagnostic.

II) Identifier et valoriser les pratiques favorables

Tout d'abord, quelles sont les pratiques qui empêchent la mise en œuvre d'une démarche de bientraitance ? Comment lutter contre ces pratiques défavorables ?

Aujourd'hui, la Tarification à l'Activité a imposé de nouvelles contraintes budgétaires aux établissements. Or, alors que le mode de financement a changé, les organisations, elles, n'ont pas changé :

1. Retour à domicile dans des conditions effroyables. Il y a un vrai travail sur la sortie d'établissement à mener. Par exemple, l'Hospitalisation à Domicile serait un mode de

sortie à privilégier. Or, ce mode de sortie demande un vrai travail d'organisation liée à une conception de prise en charge globale du patient, du social au médical.

2. Lettre de sortie : les hôpitaux attendent d'avoir tous les résultats liés à l'hospitalisation alors que les médecins traitants en ont besoin pour connaître l'état de santé du patient
3. Prise de RDV : délais d'attente effroyables

Par ailleurs, il existe un problème au niveau de l'impunité médicale. Or, ça n'est pas la même chose en matière de discipline avec les soignants. Face au vide de l'impunité, qui est garant de la bienveillance ? Il serait donc important de soutenir les professionnels qui se rendent compte de faits maltraitants. Dans la plupart des établissements, un système de fiches d'événements indésirables a été instauré. Or, ces fiches sont rarement utilisées : sorte d'omerta dans les hôpitaux même si les fiches sont anonymisées.

Afin d'identifier les pratiques favorables, il serait pertinent de partir de la recommandation de l'HAS dans la V2010 qui préconise que chaque établissement doit se doter d'une politique de bienveillance. En effet, l'HAS donne des outils mais des outils seulement juridiques. Or, le droit des patients à l'information ne garantit pas la bienveillance.

Par exemple, à l'hôpital de Colmar, une véritable démarche qualité autour de la bienveillance dans le service d'imagerie a été mise en œuvre. Quid de la diffusion ?

Les staffs, les debriefings, les revues morbi-mortalité : il y a de nombreuses occasions de parler de la bienveillance. Il faudrait peut-être apprendre à formaliser ces temps d'échange, à écrire ce qu'il en ressort.

Il faudrait travailler autour de la notion de tiers. Les chiffres, les indicateurs ne suffisent pas pour rendre compte de l'existence d'une démarche bienveillante. Il faut s'appuyer sur du qualitatif, sur des entretiens. Des administrateurs pourraient « jouer » ce rôle de tiers. Ne rejoint-on pas alors le domaine de la gestion des plaintes ?

Comment diffuser les bonnes idées et les initiatives des acteurs de terrain ? Comment convaincre sa direction ? ses chefs ? Comment pérenniser la démarche ? Comment véhiculer des notions techniques de façon simple :

- Par la presse générale
- Par la semaine de l'encadrement : du 20 au 25 octobre 2010. L'objectif est de créer des lieux d'échanges sur ce thème.
- Exemple de l'ARHIF : création d'une plateforme dédiée aux succès hospitaliers.
- Pourquoi ne pas mobiliser les ARS ?

➔ **La troisième réunion du groupe 3 aura lieu le lundi 11 octobre de 14h à 17h et sera animée par Michel Schmitt.**

Groupe 3 : Consultations, examens complémentaires, traitements et soins invasifs

Le 11 octobre 2010 – 14h/17h

Coordination : Michel SCHMITT

Rapporteur : Pauline FLORI

Etaient présents :

- ❖ **Christel DAVID**, MER, Institut Curie : en charge de l'arrivée des nouveaux agents et de leur prise de fonction, lui permet de faire passer des messages
- ❖ **Bruno CAZIN**, PH d'hématologie au CHU de Lille, Vicaire épiscopal, Vice Recteur de l'institut catholique de Lille. A mené en particulier des réflexions philosophiques sur la fin de vie
- ❖ **Liliane OLLIVIER**, PH imagerie, institut Curie : s'attache à l'amélioration de la prise en charge du patient dans le cadre de l'imagerie médicale ; a demandé une enquête au comité des patients sur le ressenti de prise en charge des personnes soignées ; en charge du groupe sur l'information des patients de la société française de radiologie.
- ❖ **Françoise APIOU**, Comité des patients à l'institut Curie, chercheuse CNRS oncogénétique : souhaite pouvoir intervenir dans des services où existent des dysfonctionnements sans réel questionnement interne. Le questionnement est le début de la bientraitance.
- ❖ **Isabelle ROBINEAU**, coordinatrice des formations universitaires, Ecole supérieure Montsouris, ancienne CSE en centre de pédopsychiatrie et qualitiennne. Est entrée dans la question de la bientraitance par la maltraitance. Est toujours confrontée à la maltraitance et à la souffrance des professionnels de santé face à une perte de sens (restructuration etc.). Dans le cadre de l'HAS, la bientraitance s'est inscrite dans le cadre des droits. Il faudrait peut-être l'inscrire dans les pratiques car elle part du travail des équipes.
- ❖ **Isabelle LIGI**, PH médecine néonatale AP Marseille, réalise une démarche qualité dans son service (prise en charge de la douleur chez le nouveau-né ; accompagnement de la fin de vie, accompagnement des parents et des nouveau-né ; allaitement)
- ❖ **Guillaume DOMATO**, AS hôpital Bretonneau depuis 2 ans
- ❖ **Elisabeth SHOUMAN CLAEYS**, PUPH imagerie et chef de service à l'hôpital Bichat, présidente des sections « management » et « urgence » de la Société Française de Radiologie, s'intéresse à la maltraitance entre soignants
- ❖ **Estelle WYTSZITC**, IDE d'annonce Tenon : a créé le poste, accompagnement des personnes malades et des familles
- ❖ **Sandrine MOSKOVITCH**, Secrétaire d'accueil : rencontrer des personnes autour de cette thématique : l'accueil, premier pas à l'hôpital, marque souvent le cursus des personnes soignées
- ❖ **Christine LEBEE**, assistance sociale, Cadre socio-éducatif, Hôpital Bretonneau, réflexions dans le cadre de l'ouverture de ce nouvel hôpital et coordination des relations ville hôpital. A observé la souffrance du personnel et donc des personnes soignées. Faire en sorte que le retour à domicile se passe dans les meilleures conditions, comment aborder l'idée d'une entrée en établissement ? jusqu'où peut-on décider pour le patient ?
- ❖ **Marina CHAUPITRE**, CS CHU Angers, imagerie médicale, souhaite participer à la gestion et améliorer les conditions de travail. Travaille aujourd'hui dans un secteur d'urgence, son équipe est actuellement en souffrance car changement d'organisation et arrivée d'un nouvel équipement. Est à la recherche de pistes pour aider son équipe. Il faut aider les cadres à encadrer et leur donner des pistes pour aller vers la bientraitance.

- ❖ **Vincent BILGER**, Directeur Maison d'Enfant à Caractère Social, Croix Rouge Française ; a été embauché en 1995 pour reprendre un établissement lieu de maltraitements graves, a écrit une charte sur la prévention de la maltraitance, parle de violences plutôt que de maltraitance car violence est un terme plus large. La bientraitance n'est pas l'opposé de la maltraitance même si les deux notions sont connexes.
- ❖ **François-Bernard MICHEL**, PUPH à Montpellier, membre de l'académie de médecine. Dénonce l'aspect gestionnaire grandissant des soignants dont les médecins au détriment de l'humanisme et du soin
- ❖ **Anne PARIS**, cadre sage femme, hôpital Foch à Suresnes
- ❖ **Pierre PERUCHO**, PH chirurgie ambulatoire, secteur en plein essor avec une forte pression des équipes, que devient l'humanité dans ce type d'offre ?

Etaients excusés :

- ❖ **Andrée JOURDREN**, représentante de familles de patients
- ❖ **Alice CASAGRANDE**, Déléguée nationale qualité, gestion des risques et promotion de la bientraitance, CRF : a accompagné la réflexion de l'ANESM sur les questions de maltraitance et de bientraitance. A observé des difficultés de positionnement des cadres. Le management a une part importante

I) Intervention des docteurs LIGI et CAZIN

La troisième réunion du groupe 3 commence par deux présentations préparées par des membres du groupe :

- La démarche d'amélioration de la qualité des soins en médecine néonatale par le Docteur Isabelle LIGI
- La bientraitance dans l'annonce du diagnostic et le suivi d'hémopathie maligne par le docteur Bruno CAZIN

Le docteur LIGI précise que cette démarche a été mise en œuvre depuis 2004 sous l'impulsion de son chef de service. Aujourd'hui, la prise en compte de la iatrogénie se développe. Cette démarche demande beaucoup d'énergie mais les résultats concrets sont motivants pour les équipes.

Le docteur CAZIN concentre son intervention sur l'annonce du diagnostic. Des questions lui sont posées. Une fois l'annonce faite, comment faire accepter au patient des gestes qu'il ne trouve pas forcément utiles ? Et comment expliquer à des personnes en fin de vie qu'on va leur faire des examens en plus alors même que le soignant n'est pas toujours convaincu de l'utilité ? Pour lui, il faut savoir dire que certains examens ne sont plus utiles. Il forme particulièrement ses internes pour que tout examen entraîne des décisions. Derrière tout examen, il faut qu'il y ait une vision de décision. Il faut toujours qu'un médecin se pose deux questions : est ce que je peux faire ? Est-ce que je ne peux pas faire ?

II) Identifier et valoriser les pratiques favorables

En sous-groupe, deux questions seront abordées :

- 1) Quelles sont les valeurs favorisant la bientraitance ?
- 2) Comment s'assurer que ces valeurs sont mises en œuvre ?

1^{er} sous-groupe :

1) Quelles sont les valeurs favorisant la bientraitance ?

Il y aurait différentes catégories de valeur :

- Le « collectif » :
 - Projet d'établissement, projet de service
 - Esprit d'équipe
- Donner du sens
 - Bien-être
 - S'interroger sur ses pratiques
- Respecter
 - Individualité des patients
 - Rythmes
 - Habitudes de vie
 - Adaptabilité
- Humilité

2) Comment s'assurer de la mise en œuvre de ces valeurs ?

- ➔ Grâce à la Certification des établissements
- ➔ Grâce à la formation des médecins, des soignants, etc...
 - Transmission des valeurs de la bientraitance
 - Le mot « vocation » est-il suspect sur le plan médical ?
 - Tendance actuelle à réduire l'homme à sa biologie (fantasme de l'homo biologicus)

2^{ème} sous-groupe :

1) Quelles sont les valeurs favorisant la bientraitance ?

- Réflexion en trois temps : Equipe/Etablissement/Agence
- Brainstorming :
- Prise de conscience de la BT/MT
- « Et si c'était moi ? »
- Respect
- Intention
- Leadership
- Officialisation à un niveau national
- Pour le rendre concret : mettre une ligne dans les CPOM
- Cohésion
- Comment récompenser ceux qui s'engagent ?
- Priorisation
- Cohérence de la prise en charge du patient

2) Comment s'assurer de la mise en œuvre de ces valeurs de bientraitance ?

- Rapports d'activité
- Indicateurs qualité : Pourquoi pas un indicateur « bientraitance » ?
- Diffusion : faire une campagne « Et si c'était moi ? » en se basant sur l'humour. Par exemple, faire un film avec des petits sketches et de l'autodérision.

3^{ème} sous-groupe :

« On n'est pas homme tout seul... »

- ➔ différencier l'autonomie et l'indépendance
- ➔ Idée de fidélité des patients : important pour les patients et les soignants
- ➔ Respect
- ➔ Compétence : point de départ de l'humanisation
- ➔ Notion de « suite de services » : que deviennent les patients après ?
- ➔ Ne pas réduire le patient à sa maladie
- ➔ Valorisation des associations de patients car les médecins ont besoin de relais

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

- ➔ La prochaine réunion aura lieu le jeudi 21 octobre de 14h à 17h en salle 42-43, 20 avenue de Ségur
- ➔ Une réunion supplémentaire aura lieu le vendredi 19 novembre après-midi (lieu à définir)

Groupe 3 : Consultations, examens complémentaires, traitements et soins invasifs

Jeudi 21 octobre 2010 – 14h/17h

Coordination : Martine CHRQUI-REINECKE

Rapporteur : Pauline FLORI

Etaient présents :

- ❖ Christel DAVID, MER, Institut Curie : en charge de l'arrivée des nouveaux agents et de leur prise de fonction, lui permet de faire passer des messages
- ❖ Liliane OLLIVIER, PH imagerie, institut Curie : s'attache à l'amélioration de la prise en charge du patient dans le cadre de l'imagerie médicale ; a demandé une enquête au comité des patients sur le ressenti de prise en charge des personnes soignées ; en charge du groupe sur l'information des patients de la société française de radiologie.
- ❖ Françoise APIOU, Comité des patients à l'institut Curie, chercheuse CNRS oncogénétique : souhaite pouvoir intervenir dans des services où existent des dysfonctionnements sans réel questionnement interne. Le questionnement est le début de la bientraitance.
- ❖ Sandrine MOSKOVITCH, Secrétaire d'accueil : rencontrer des personnes autour de cette thématique : l'accueil, premier pas à l'hôpital, marque souvent le cursus des personnes soignées
- ❖ Christine LEBEE, assistance sociale, Cadre socio-éducatif, Hôpital Bretonneau, réflexions dans le cadre de l'ouverture de ce nouvel hôpital et coordination des relations ville hôpital. A observé la souffrance du personnel et donc des personnes soignées. Faire en sorte que le retour à domicile se passe dans les meilleures conditions, comment aborder l'idée d'une entrée en établissement ? jusqu'où peut-on décider pour le patient ?
- ❖ Marina CHAUPITRE, CS CHU Angers, imagerie médicale, souhaite participer à la gestion et améliorer les conditions de travail. Travaille aujourd'hui dans un secteur d'urgence, son équipe est actuellement en souffrance car changement d'organisation et arrivée d'un nouvel équipement. Est à la recherche de pistes pour aider son équipe. Il faut aider les cadres à encadrer et leur donner des pistes pour aller vers la bientraitance.
- ❖ Vincent BILGER, Directeur Maison d'Enfant à Caractère Social, Croix Rouge Française ; a été embauché en 1995 pour reprendre un établissement lieu de maltraitements graves, a écrit une charte sur la prévention de la maltraitance, parle de violences plutôt que de maltraitance car violence est un terme plus large. La bientraitance n'est pas l'opposé de la maltraitance même si les deux notions sont connexes.
- ❖ François-Bernard MICHEL, PUPH à Montpellier, membre de l'académie de médecine. Dénonce l'aspect gestionnaire grandissant des soignants dont les médecins au détriment de l'humanisme et du soin
- ❖ Anne PARIS, cadre sage femme, hôpital Foch à Suresnes
- ❖ Pierre PERUCHO, PH chirurgie ambulatoire, secteur en plein essor avec une forte pression des équipes, que devient l'humanité dans ce type d'offre ?
- ❖ Andrée JOURDREN, représentante de familles de patients
- ❖ Alice CASAGRANDE, Déléguée nationale qualité, gestion des risques et promotion de la bientraitance, CRF : a accompagné la réflexion de l'ANESM sur les questions de maltraitance et de bientraitance. A observé des difficultés de positionnement des cadres. Le management a une part importante
- ❖ Michel SCHMITT, PH Radiologie, coordonnateur
- ❖ Guillaume DOMATO, AS hôpital Bretonneau depuis deux ans

- ❖ Elisabeth SHOUMAN CLAEYS, PUPH imagerie et chef de service à l'hôpital Bichat, présidente des sections « management » et « urgence » de la Société Française de Radiologie, s'intéresse à la maltraitance entre soignants

Étaient excusés :

- ❖ Bruno CAZIN, PH d'hématologie au CHU de Lille, Vicaire épiscopal, Vice Recteur de l'institut catholique de Lille. A mené en particulier des réflexions philosophiques sur la fin de vie
- ❖ Isabelle LIGI, PH médecine néonatale AP Marseille, réalise une démarche qualité dans son service (prise en charge de la douleur chez le nouveau-né ; accompagnement de la fin de vie, accompagnement des parents et des nouveau-né ; allaitement)
- ❖ Estelle WYTSZITC, IDE d'annonce Tenon : a créé le poste, accompagnement des personnes malades et des familles
- ❖ Isabelle ROBINEAU, coordinatrice des formations universitaires, Ecole supérieure Montsouris, ancienne CSE en centre de pédopsychiatrie et qualicienne. Est entrée dans la question de la bientraitance par la maltraitance. Est toujours confrontée à la maltraitance et à la souffrance des professionnels de santé face à une perte de sens (restructuration etc.). Dans le cadre de l'HAS, la bientraitance s'est inscrite dans le cadre des droits. Il faudrait peut-être l'inscrire dans les pratiques car elle part du travail des équipes.

Chaque groupe a travaillé sur la définition de la bientraitance ; on peut aujourd'hui distinguer quatre axes :

- 1) La dimension « institution » = la bientraitance dans les établissements
 - annonce claire d'un projet d'établissement actant d'une démarche de bientraitance
 - projet architectural, signalétique, accessibilité, etc...
 - convivialité, lieux d'accueil
 - information
- 2) La dimension du « professionnel » :
 - travail sur les valeurs
 - conscience de l'inégalité de l'échange
 - valeurs humanistes
 - soins de qualité : maîtrise de l'acte technique
 - Savoir parler, politesse, apprentissage à la civilité (comportement et attitudes)
 - Identifier et nommer
 - Formation à la distance, respect des histoires de vie
 - Formation tout au long de la vie : réactualisation des connaissances
- 3) La dimension « managériale » :
 - Besoin que le projet soit porté par des cadres
 - Recrutement
 - Valorisation des compétences
 - Comment les cadres vont faire passer le message qu'il existe des plus-values aux pratiques bientraitantes ?

- Exemplarité « charnelle » : ton de voix, comportement, où est le bureau du manager, comment se comporte-t-il ?
- 4) La dimension « protection des équipes » :
- Application primordiale des droits du patient
 - Nécessaire réciprocity d'échanges respectueux patients/soignants
 - Crainte de l'épuisement des professionnels

I) Intervention de Mme JOURDREN

Cette quatrième réunion débute par une intervention de Mme Andrée JOURDREN qui exerce des responsabilités au ministère de la Justice.

A partir de son expérience personnelle, Mme JOURDREN a formalisé ses réflexions en témoignant de la fin de vie de sa mère dans un hôpital gériatrique en 2004. Trois documents ont été envoyés au groupe :

- 1) Rapport « interne » à l'intention du médecin chef de service avec une copie au cadre de santé.
- 2) Formalisation de ces réflexions lors d'un colloque sur la fin de vie à Avicennes en 2008
- 3) Publication dans la revue « Ethique et Santé » en 2007

Pour mener une politique publique de bienveillance, Mme JOURDREN préconise trois grands axes de travail (à coût financier nul) :

- 1) Définir un système de responsabilité et de pilotage clair et lisible. L'autorité doit être l'autorité médicale.
- 2) Avoir une politique de maîtrise des temps, des tons, des sons, des mots, des gestes.
 - plus de la moitié du temps de travail du personnel au lit du malade.
 - un plan « chambre tranquille »
- 3) Ouverture au renfort extérieur
 - Modifier l'organisation des services pour pouvoir intégrer les proches
 - Construire un partenariat avec le monde du volontariat pour pallier le manque des moyens. Pourquoi ne pas prendre exemple sur les pompiers qui fonctionnent à 60% avec des volontaires sous l'autorité de professionnels.

Quelques articles de références sont distribués au groupe :

- Article de Michel STROBEL, médecin passé sur un lit d'hôpital.
- En 2007 et au moment de prendre sa retraite, le Professeur Dubernard, grand pontife en médecine qui a été longtemps président de la Commission des Affaires Sociales à l'Assemblée Nationale, écrit un article publié dans le Monde, « Sortons l'hôpital public du coma ». Il regrette « de ne pas s'être assez battu pour sauver l'hôpital public » ; le malade serait de plus en plus « négligé, oublié ». Il est intéressant de voir qu'il a écrit cet article émouvant et courageux lorsqu'il s'est retiré des affaires politiques. Si l'hôpital est dans le coma, comment appliquer la bienveillance ? N'est-il pas primordial d'exprimer les choses tant qu'on est en mesure d'agir et de les changer ? Rappelons qu'environ 80 parlementaires sont des professionnels de la santé.

Quelles ont été les réactions aux publications de Mme JOURDREN ?

- Un médecin appartenant à la Communauté religieuse des Bernardins s'est exprimé sur la nécessité de changer les formations des soignants ; ces formations leur apprennent à ne pas trop s'impliquer dans leurs relations avec le malade.
- Pour Monsieur Sicard, président du Conseil National d'Éthique, plusieurs facteurs sont à l'origine des difficultés actuelles :
 - Un certain transfert de l'autorité du cadre vers les aides-soignants
 - Le manque de structuration des équipes
 - Le transfert de l'évaluation des soins sur les seuls critères techniques

Quel traitement du grand âge dans un service gériatrique ?

La principale différence liée à la bientraitance entre les « très jeunes » et les « très vieux », c'est le fort soutien familial des premiers. Les proches des personnes âgées sont peu présents. La grande ressemblance est leur vulnérabilité : les uns et les autres sont tous démunis dans un milieu hospitalier difficile

Quels sont les objectifs que devraient se donner les institutions ?

On distingue deux sortes d'objectifs : des objectifs politiques et des objectifs professionnels. Au niveau politique, des plans, des rapports se sont multipliés mais le citoyen n'a pas une vision claire et concrète des réalisations. C'est tout l'enjeu de la mission que le Ministère de la Santé a lancé. Il s'agit de repartir sur une idée d'actions politiques dans la durée. C'est un projet de civilisation qui doit perdurer malgré les alternances politiques.

➔ Des objectifs politiques :

1) Le « parler-clair »

Il serait important de commencer par préciser ce qu'est le soin, qui sont les soignants. Les médecins, premiers responsables du fonctionnement d'un service, sont-ils considérés comme des soignants ? Ensuite, il ne faut pas tout englober sous le qualificatif de « maltraitance ». Par exemple, le fait de ne pas appeler un malade par son nom n'a pas la même gravité que de parler d'un service Alzheimer en disant « Jurassic Park ». La seconde situation nie le caractère humain des personnes âgées atteintes de cette maladie.

2) Le lien Bientraitance-Compétence

Il s'agit de parvenir à une homogénéité de la bientraitance au niveau national. Or, pour y arriver, il faut bien qu'elle ne soit plus le parent pauvre de la technique. Il faut prendre garde à la dichotomie qui sépare l'essentiel de l'accessoire. Si une personne prend froid, chaud, si son état psychologique est mauvais, il y a des chances qu'il y ait des répercussions sur le plan physique.

3) Une société violente

L'autorité politique doit assumer le fait que notre société n'est pas une société douce. Elle favorise la force et la violence. Il y a donc un enjeu pour l'hôpital qui est un milieu compliqué inséré dans une société violente. Il est soumis au risque de devenir un lieu ultra-violent.

4) Le kaléidoscope hospitalier

L'hôpital est un kaléidoscope. Qui est responsable du malade ? Le chef de pôle ? Le chef de service ? Le cadre infirmier ? L'aide-soignant ? Le directeur ? Cette situation est très difficile à vivre pour le malade et ses proches. Il faut nommer un chef de file pour avancer dans la bientraitance. Un médecin devrait assumer cette responsabilité...plutôt les chefs de service que les juniors.

5) Des problèmes de recrutement du personnel paramédical.

Il existe des difficultés quantitatives et qualitatives dans le monde paramédical : infirmiers, aides-soignants qui ne sont pas toujours recrutés et formés selon leurs motivations et leurs qualifications.

6) Les « défenses conservatrices ».

La question du manque de moyens ne peut être un argument pour dire que la bientraitance est difficile à mettre en place. Mme JOURDREN est convaincue qu'à moyens égaux, une même équipe serait capable de faire beaucoup mieux en revenant à des questions de motivation et de qualification.

7) La judiciarisation des relations patients-hôpital.

L'autorité politique devrait vouloir y répondre car cette judiciarisation est un obstacle majeur à une politique de bientraitance.

8) La réalité des soins palliatifs.

Très peu de patients y ont accès sauf pour les tout derniers jours...et quand c'est trop tard.

➔ Des objectifs professionnels

Les objectifs « professionnels » devraient être déclinés dans un plan national de maîtrise des risques qui répondrait aux questions suivantes : Quelles sont les références collectives ? Comment faire le suivi d'un tel plan ?

La première difficulté étant de faire perdurer ce plan, il faudrait lui adjoindre un déploiement local sous la responsabilité des Agences Régionales de Santé avec une désignation nette des chefs de file ?

Quels seraient les axes privilégiés ?

- Déclinaison de tous les objectifs de la bientraitance au quotidien : la présence des proches, la fonction toilette, la gestion des excréments, la promenade, l'alimentation, l'organisation de la réponse, etc...
- Relations avec les médecins : les RDV sont trop formels. La visite du matin devrait être suivie d'une contre-visite du soir. Un cahier de liaison entre malades, proches et médecins pourrait être mis en place au lit du malade.
- Définition du rôle de l'encadrement.

- Non-séparation des sujets en soins palliatifs entre services normaux et services spécialisés. La notion de soins palliatifs doit être intégrée dans la normalité.
- La notion « d'hôpital-prison ». Le contrôleur des institutions privatives de liberté est chargé de contrôler les prisons et les hôpitaux psychiatriques. Il a récemment dit qu'il aimerait que son mandat soit étendu aux Maisons de Retraite. Pourquoi ne pas inclure les services gériatriques des hôpitaux ?
- Rendre quantifiable certaines données. Tout d'abord, la présence des proches. Sont-ils là ou pas ? Quelle est la réalité de la présence permise ? Par ailleurs, compter aussi les accidents dans les moments dangereux (nuit et week-end). Enfin, que l'on mesure aussi le temps passé au lit du malade par tous les personnels.
- Organisation et GRH : les médecins et les cadres devraient être formés à la psychologie du malade puis à la gestion d'équipe ! Pour informer et faire réagir les professionnels, Alma France a produit une cassette : « Comment maltraiter un vieillard en 10 leçons ». Le personnel ne devrait être promu qu'à la condition de faire preuve de qualités d'encadrement et de mise en œuvre de projets de bienveillance.
- Importance de faire de la place au bénévolat comme un renfort aux professionnels de soins. Pourquoi ne pas prendre exemple sur le fonctionnement des pompiers qui allient professionnels et volontaires ?!

Quelles sont les réactions du groupe à l'écoute de cette expérience et de ces préconisations ?

- Il existe un « kaléidoscope » dans tous les secteurs d'aide à la personne. Le point de départ est qu'on s'adresse à une personne qui a besoin de services. L'objectif poursuivi est l'articulation de l'ensemble des interventions pour que l'individu « dans son ensemble » soit pris en charge.
- L'épuisement professionnel est une variable à prendre en compte. Le terme de « burn out » a été très médiatisé et finalement détourné de son sens. C'est un syndrome purement professionnel qui atteint des personnes qui ont beaucoup trop investi ce champ. Pour y faire face, il faut remettre l'analyse des pratiques au cœur du travail d'équipe
- L'hôpital est un lieu où le mal-être se déverse. Il faudrait parfois pouvoir éduquer les patients à cette vie particulière au sein de l'institution. La charte des droits des patients devrait-elle être liée à une charte des devoirs des patients ? Il y a des prises en charges hospitalière où cette reconnaissance de « devoirs » est obligatoire : la chirurgie ambulatoire par exemple.
- Qu'est ce qu'un travail bien fait ? A-t-on réfléchi à ce qu'est un bon soin ? Soin qui satisfait le patient ? Sa famille ? Ou un soin qui correspond aux critères de l'ANAP, de l'HAS ?
- Le problème du « sens » de ce que l'on fait est un vrai problème. Le soignant ne sait plus où il va. Il a choisi la relation, le soin et il se retrouve au cœur des protocoles, formulaires. Les personnels seraient coupés de leur engagement.

II) Intervention du Professeur MICHEL

Le Professeur MICHEL avait proposé à l'Académie de Médecine de réfléchir à l'humanisme médical qui serait dans un état calamiteux. Il avait alors mis en place des mesures pour lutter concrètement contre ce manque d'humanisme :

- suppression des tables, des bureaux
- création des écoles de l'asthme
- mise en place de réunions multidisciplinaires

Comment en arrive-t-on à parler d'un manque d'humanisme ? Quels constats ?

- Le problème des rendez-vous : pour avoir un rendez-vous rapide, il faut être appuyé par une connaissance bien placée. Les délais d'attente sont insupportables. Et si le patient ne peut pas attendre, il lui est suggéré d'aller aux Urgences.
- La révélation du diagnostic. Des protocoles ont été mis en place de protocoles pour faciliter cette annonce. Toutefois, l'écoute de la souffrance est en jachère. Il faut écouter la parole du malade.
- La communication des résultats d'examens. A Montpellier, lorsqu'un scanner est fait, le rendez-vous de consultation pour connaître le résultat est fixé seulement 15 jours après.
- Le choix de la stratégie thérapeutique ne doit pas être laissé au malade. Certaines questions sont inacceptables : « Alors Madame, vous la voulez ou pas la chirurgie ? », « Vous voulez de la chimio ou pas ? »
- Le médecin n'est pas un simple prestataire de soins. Il faut donner une importance différente au médecin et à son patient.
- Les risques de judiciarisation : en chirurgie, quand un malade arrive, les médecins pensent qu'un risque arrive. Aujourd'hui, le médecin est mis devant une exigence de guérison.
- Les contraintes financières : l'hôpital ne doit pas devenir une entreprise totalitaire.
- La médecine a elle-même beaucoup changé : les médecins sont appelés à faire de l'Evidence Based Medicine. Ceci ne les dispense pas d'écouter le malade, de l'examiner. Il faut redonner de l'importance à la « clinique », c'est-à-dire à tout ce qui englobe la relation entre un soignant et un soigné. On aurait tort de dire que la médecine n'est plus un art mais une science parce que parler d'« art » implique cette notion de singularité qui s'applique à chaque patient.
- L'irruption d'Internet. Aujourd'hui, les malades arrivent avec leur propre savoir de la maladie.
- Il faut se poser la question du « pourquoi faire médecine ? Cette question est étroitement liée à celle de la formation. Dans ce domaine, les UFR de médecine ne font pas leur boulot et l'humanisme reste le parent pauvre des études médicales !
- La question de la disponibilité reste prégnante. Le médecin hospitalier est couvert de papiers, d'emails...et pendant ce temps, il n'est pas dans le service en train de soigner d'où un recul inévitable de l'humanisme.

Quelles propositions ?

- 1) Il faut revoir le recrutement et la formation des médecins. La France n'a pas formé de bons médecins mais seulement des scientifiques mentions « Très Bien » au baccalauréat « Mathématiques ». Ailleurs, au Canada ou aux Etats-Unis, des filières ont été ouvertes pour les non-scientifiques.
- 2) Le problème particulier de l'enseignement des chefs de clinique : ces médecins ont fini leur internat et ils veulent obtenir le grade nécessaire pour avoir la spécialité et filer s'installer en clinique. Ils sont désinvoltes dans leurs responsabilités d'enseignants. D'ailleurs, pour l'obtention de l'agrégation, le jury ne regarde que les publications et pas les responsabilités universitaires pour l'enseignement.
- 3) A cet égard, une menace nouvelle est organisée par la loi HPST : il semble naturel d'ouvrir les fonctions d'enseignement aux structures privées et aux Centres Hospitaliers non universitaires. Mais ceci a pour conséquence que dans un temps proche, ces structures demanderont aussi le droit de délivrer les diplômes dont le clinicat. Le secteur public qui s'est ultra-spécialisé souffrira de cette concurrence. Par exemple, en chirurgie cardio-vasculaire, dans certains établissements publics, l'opération des varices est transférée au secteur privé. Du coup, on n'enseigne plus cette technique. Or, le futur médecin général n'a pas besoin de savoir faire les greffes du cœur mais de connaître les opérations les plus courantes. Le risque est alors que la formation de base se déroule désormais dans le privé.
- 4) Le Chef de service hospitalier a été « déshabillé ». Il impulsait un état d'esprit en s'investissant, en donnant de sa personne ! Aujourd'hui, il n'a plus de pouvoir.
- 5) L'idée du cahier de liaison de Mme Jourdre est une bonne idée car bien souvent c'est le personnel paramédical qui fait le lien entre le patient et le médecin. En même temps, c'est un aveu phénoménal d'échec. Quel est l'état de la communication si on est dans l'obligation de faire ça ?

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

➔ Vendredi 19 novembre 2010 :

- réunion toute la journée à partir de 10h
- Ordre du jour :
 - travail sur l' « annonce »
 - synthèse des travaux

➔ D'ici cette date :

- chacun doit reprendre la lettre de mission en réfléchissant aux propositions à faire et aux critères d'évaluation à mettre en place
- Merci de transmettre les documents, les chartes, les synthèses liées à des expériences réussies

« 2011, ANNEE DES PATIENTS ET DE LEURS DROITS »

Groupe 3 : Consultations, Examens, Traitements et Soins Invasifs
Annonce du diagnostic

1. Introduction

2. Méthodologie

- a. Réunions
- b. Membres du groupe
- c. Intervenants extérieurs

3. Questionnements :

- a. Proposer une définition adaptée de la bientraitance et de la qualité de service en établissement de santé
- b. Identifier et valoriser les pratiques favorables à la bientraitance et à la qualité de service, que ceux-ci concernant les professionnels en contact direct avec les patients et leurs proches, les professionnels des services logistiques, médico-techniques, techniques et administratifs, ou encore l'organisation et le management des équipes et le fonctionnement institutionnel des établissements
- c. Proposer les objectifs que devraient se donner les établissements, les agences régionales de santé et les institutions nationales pour favoriser la bientraitance et la qualité de service, ainsi que les modalités de leur évaluation
- d. Proposer des modalités de mise en œuvre de cette démarche, en prévoyant notamment des mesures d'engagement, d'accompagnement durables de l'ensemble des acteurs et des équipes en faveur de la bientraitance et de la qualité de service

4. Conclusions

5. Annexes

6. Analyse psychosociologique de la dynamique du groupe

« 2011, ANNEE DES PATIENTS ET DE LEURS DROITS »

Groupe 3 : Consultations, Examens, Traitements et Soins Invasifs
Annonce de diagnostic

Proposer une définition adaptée de la bientraitance et de la qualité de service en établissement de santé

Paroles de patients :

« Je pense que la qualité technique est primordiale. Un médecin qui serait juste gentil mais incompétent n'arrangera pas mes affaires... » P. T.

« Un geste qui est le moins invasif possible, pour lequel toutes les dispositions sont prises pour éviter tant que faire ce peut la douleur. » H. B.

« Voilà ce qu'est un bon soin : celui qui guérit, celui qui soulage. » G. M

« Un accueil un peu plus humain, plus respectueux, plus responsable » B.W.

« La bientraitance est bien sûr un geste technique de qualité. C'est aussi une bonne écoute du patient et de ses attentes : l'humain doit être présent à toutes les étapes de la prise en charge ! » O.L.

« Un geste sûr sur le plan technique (hygiène, performance), correctement expliqué et justifié au patient. Ce geste ne doit pas être douloureux dans la mesure du possible » E.R.M.

« Un bon soin doit être la conséquence d'un bon diagnostic et son but est de permettre au malade de retrouver une meilleure santé. Dans le cas où la rémission n'est pas possible, le bon soin devient l'anti-souffrance qui doit permettre au malade d'accepter son sort, physiquement et moralement dans un état apaisé. Le geste technique dépend de multiples facteurs et la chance du malade, dans le cas particulier d'un cancer, n'est pas liée à la seule intervention du médecin, mais à son état général, à la précocité de la découverte de sa maladie : aucune garantie de guérison-type ne peut être donnée et le malade doit apprendre à vivre sans cette réponse que personne ne peut lui donner, tout en continuant d'espérer avec les encouragements de l'équipe soignante. Le chirurgien propose mais le malade doit pouvoir choisir son traitement en disposant des explications nécessaires » C.H.

« Les cancers par exemple, nécessitent une prise en charge psychologique qui peut se résumer parfois à des choses très simples. Le sourire des soignants, leur capacité d'écoute (mais là, malheureusement, il leur faut du temps qu'ils n'ont pas toujours), et la prise en compte des contraintes du patient. Souvent, les soignants pensent que les malades parce qu'ils sont malades, n'ont plus d'emploi du temps propre » T.P.

*« La bientraitance, c'est le RÉEL respect de **la charte du patient hospitalisé** ... or ... nombre des points qui y sont mentionnés restent des vœux pieux :*

Il est impressionnant de voir le nombre de patients qui doivent batailler ferme pour avoir accès aux comptes-rendus ... Il est clair que l'égal accès aux soins n'est encore qu'une vue de l'esprit. Que les actes médicaux, s'ils sont en général effectués avec le consentement libre du patient, ne le sont pas toujours avec son consentement ÉCLAIRÉ. Que le patient est loin d'être toujours traité avec égard. Que si en théorie il peut quitter quand il le veut l'établissement qui l'a pris en charge, dans les faits, c'est

beaucoup plus compliqué que ça. Que son intimité, sa tranquillité semblent encore bien souvent négligées (portes de chambres laissées ouvertes, dialogues à haute-voix dans les couloirs durant la nuit, soignants qui entrent sans frapper, toilettes intimes non faites etc.). **Comme dans bien des domaines, si les engagements, les décrets, les textes déjà existants étaient respectés, il n'y aurait que de vagues récriminations à faire...** » H.B.

« Le médecin m'a dit : **« Ecoutez vous avez un cancer et alors tout le monde à ses problèmes, mais permettez moi de vous dire une chose que vous vous intéressiez seulement maintenant au nom du cancérologue de votre tante, ça je trouve ça lamentable ».**

J'avais besoin de l'écrire, je suis tellement abasourdie. Je fais un souhait que notre service public de santé retrouve le bon sens et une vraie aide aux proches. » N.L.

« Un bon soin, à mon sens, c'est :

1) Un geste technique de qualité, qui remplit sa mission de base.

2) Un geste qui est expliqué au patient ...

3) Un geste qui est le moins invasif possible, pour lequel toutes les dispositions sont prises pour éviter tant que faire ce peut la douleur. » B.H.

« Le mot **guérison** appartient au champ lexical de l'hôpital. Lorsque notre fils aîné, alors âgé de 7 ans (1980) a connu l'hospitalisation en urgence (ataxie cérébelleuse consécutive à la varicelle), son papa lui a expliqué qu' « on allait l'y guérir ». Alors, voilà ce qu'est **un bon soin : celui qui guérit, celui qui soulage**. Qu'attend le patient ? Je classe par ordre décroissant.

1 - Une prise en charge la plus rapide possible, une mise en œuvre des dernières avancées technologiques et connaissances médicales, le « meilleur » praticien, le plateau technique le plus performant... Il en a des exigences, ce patient (patient : pour le moment, il subit)!

2 – la confiance : Lors d'une hospitalisation, on est propulsé dans un univers sinon hostile, du rapport de confiance s'établit, gageons que l'hospitalisation se passera dans de bonnes conditions. Comment naît cette confiance ?

- Grâce au médecin de famille que **l'on choisit** qui adresse le patient à un confrère : il doit donc connaître ce dernier, il a de l'expérience, il connaît la qualité des soins...

- à travers le renom du praticien, du service (le bouche à oreille...)

S'il ne s'agit pas de l'urgence, le patient « préparera », en amont, son hospitalisation : il questionne les usagers, interroge les médias (je songe aux classifications des services hospitaliers), se tourne inévitablement vers son médecin de famille.

Un détail qui pourrait être facteur déclenchant de la confiance : la fameuse lettre qu'on confie au malade, adressée « au confrère ». Pourquoi en faire la missive secrète, soigneusement cachetée, porteuse de tous les « mystères » que l'on aimerait tant percer... Pourquoi ne pas laisser le pli ouvert ? Un soigné se réjouit du petit mot gentil, voire d'un simple sourire du personnel qui s'occupe de lui. Cela le met en confiance. Il faut penser à la dimension humaine avec cette notion : « **être aux petits soins** ».

3 – Ecoute et dialogue : Le décroisement me semble indispensable : il faudrait considérer l'être humain dans sa globalité. Il faudrait l'écouter et être réceptif au message qu'il souhaite faire passer, avec ses mots. - Le dialogue entre « confrères » me semble incontournable afin que le soigné reste une personne et non un « foie » pour tel service, un « poumon » pour tel autre.

4– Le cadre de vie n'est pas négligeable. Il participe au « bon soin », au confort du soigné, à la « bienveillance ». **Hôpital/ hôtel/hospitalité** sont des mots de la même famille et résumant ce à quoi peut aspirer le patient ! L'essentiel c'est le respect de l'intimité, l'hygiène. Un malade qui trouve une réponse à son problème, qui se sent secouru, soigné, guéri ne retiendra que l'efficacité (à supposer des conditions hôtelières médiocres). Par contre, pour des soins palliatifs par ex., le confort matériel prime.

5 – Acceptation et réceptivité. » O.G.

Quels que soient la qualité des soins et du cadre, le soigné est inapte à la perception de la notion de « bon » soin s'il n'est pas dans l'esprit d'acceptation. » M.G.

« La qualité hospitalière peut se résumer en des soins performants associés au respect du malade : l'écoute du malade permettra d'éviter la maltraitance ! » L.O.

Paroles de proches :

« La qualité hospitalière ce serait pour moi écouter le malade et sa famille, rassurer dans la mesure du possible, être souriant (c'est si important lorsqu'on est angoissé ou souffrant), soigner en pensant aussi au confort du malade, bien sûr effectuer des gestes techniques précis et sûrs, mais aussi transmettre pour éviter une accumulation d'investigations. Ce serait aussi suivre l'évolution de la maladie sans s'acharner si on sait que c'est inutile; pas de souffrance pour juste prolonger la vie quand on sait que le bout du chemin est arrivé.

La bienveillance c'est tout cela, c'est aussi accorder un instant, un sourire à un patient, même s'il est en perte de mémoire. »

« Chaque service dans lequel papa a été suivi a effectué des radios, IRM, scanner, ponctions de moelle, prises de sang diverses, sans que les collègues des autres services et le médecin de famille ne soient informés ou aient de résultats ; tout restait dans les services ! Je ne puis vous dire combien d'exams il a faits et refaits ailleurs! » B.R.

« La bienveillance c'est aider le malade à conserver sa dignité, à recouvrer son autonomie dans ses déplacements et ses besoins, lui proposer une aide (ergothérapie, kinésithérapie) ; c'est l'encourager à progresser et non le laisser livré à lui même. C'est aussi l'informer des résultats et de l'évolution de sa maladie. Existe-t-il une formation sur la bienveillance pour le personnel hospitalier ? Une telle formation devrait être obligatoire avant l'embauche. » J.B.

Propositions de définition :

Le bon soin, le soin de qualité vise la globalité du sujet.

Il respecte les données de la science, sûr, il est réalisé par un professionnel de santé possédant l'expertise de ce geste, dans un lieu adapté à cet acte en s'assurant de son efficacité et de son efficience. Personnalisé, il prend en compte les attentes du patient en restant adapté au patient, et à son environnement.

Il nécessite le « savoir-faire » et le « savoir-être ».

Il nécessite compétence technique et bientraitance.

« La bientraitance est le respect mis en actes » par l'exercice des bonnes pratiques professionnelles acquises et maîtrisées, au préalable, grâce aux actions de formation initiale et continue, régulièrement évaluées dans l'objectif de leur amélioration.

La Bientraitance est une culture.

Elle est une déclinaison active et dynamique, individuelle et collective du soin qui procède du « savoir-être ».

Elle doit engendrer la confiance, mais aussi accepter la contradiction et la remise en cause permanente, éthique et technique, de tous les acteurs de la communauté soignante dont elle centre les actions et les engagements sur la personne soignée et ses proches.

C'est une attitude professionnelle, volontaire, individuelle et collective, qui va permettre au malade de rester un sujet dans l'hôpital et tout au long de sa maladie, et aux soignants de trouver une gratification revalorisant leur travail.

La Bientraitance n'est jamais acquise définitivement.

Grâce à une vigilance constante et à l'écoute des personnes soignées et de leurs proches, la bientraitance conduit à adapter continuellement le soin à la personne en intégrant les évolutions et attentes de la société.

Elle décline les différents aspects du RESPECT réciproque de l'altérité, de la singularité, de la dignité et de l'intériorité des personnes et de leur entourage.

La bientraitance suppose :

- la mise en place d'une organisation institutionnelle adaptée
- une prise de conscience de tous les acteurs du soin de l'asymétrie de la relation entre la personne soignée et les soignants, autrement dit d'une certaine dépendance.
- la prise en compte des attentes du patient dans son environnement (psychologique, familial, social) et de ses besoins fondamentaux, de la souffrance qu'engendre la maladie tant pour le patient que son entourage et l'équipe soignante.

En tant que souci du patient et de son bien-être, elle tend à faire de ce dernier et de ses proches un partenaire et offre des bénéfices mutuels pour les soignants et le patient: meilleure adhésion aux soins, meilleure efficacité du soin, valorisation des soignants.

La bientraitance n'est nullement le contraire de la maltraitance :

Les deux sont liées en ce sens que nulle bientraitance n'est possible si le risque de maltraitance ne fait pas l'objet :

- d'une définition précise et diffusée à tous les acteurs (administratifs et techniques compris, ainsi que les médecins) ;

- d'une réflexion collégiale sur les facteurs de risque ;
- d'une élaboration commune de moyens de prévention ;
- d'une connaissance partagée des conduites à tenir face à un événement de maltraitance ;
- d'un positionnement cohérent de l'encadrement et des médecins avec la culture de vigilance ainsi construite.

La qualité de service désigne la « capacité d'un service à répondre au mieux par ses caractéristiques, aux différents besoins de ses utilisateurs, usagers ou consommateurs (Afnor) ». Elle est mesurable, quantifiable et fait l'objet de normes spécifiques aux divers secteurs d'activité.

En tant que la bientraitance procède du savoir-faire associé au savoir-être, elle peut dans le monde sanitaire et médico social être assimilée au soin de qualité, au bon soin.

Cependant, ce sont les mesures prises permettant la bientraitance qui sont mesurables et non la bientraitance elle-même, qui est un ressenti et une culture.

Nous pouvons en apprécier des jalons, nous ne pouvons quantifier ce qui relève du respect de la personne.

« 2011, ANNEE DES PATIENTS ET DE LEURS DROITS »

Groupe 3 : Consultations, Examens, Traitements et Soins Invasifs

Annonce de diagnostic

Le dispositif d'annonce

Paroles de personnes soignées :

« L'annonce peut tout détruire. Elle peut tuer Elle devrait au contraire permettre de comprendre, d'assumer puis de reconstruire ... » M.C.

« Annoncer à la famille qu'un proche est très malade, peut-être condamné, ce doit être difficile pour le médecin ; lorsque mon père était dans le coma, on ne nous a d'abord pas laissé d'espoir, les médecins étaient très francs et directs ; cela a été difficile pour nous mais nous ne leur en voulions pas ; il fallait bien qu'on comprenne et nous avons constaté que les soignants ne baissaient pas les bras et qu'ils veillaient au confort et au bien-être (si on peut appeler ça ainsi) de mon père.

Annoncer à un patient au début de sa maladie que c'est grave, que c'est un cancer par exemple, je pense qu'il faut le faire, mais lui laissant peut-être l'espoir, pour qu'il se batte. Une aide psychologique devrait d'office être proposée, avec insistance même. Il faut aussi lui faire comprendre ce que l'on va mettre en place pour l'aider, ce qu'on va lui faire. Annoncer un cancer aux proches est délicat, il faudrait que le médecin, au préalable, puisse s'assurer que la personne est capable de supporter cette annonce, que ce ne soit pas trop brutal non plus, et là aussi ei faudrait d'office proposer une aide psychologique.

La famille en attente d'un résultat se fait souvent "un film", elle est dans l'angoisse tant qu'elle ne sait rien de précis, ne pas être clair avec elle n'est sûrement pas mieux que d'annoncer brutalement les choses. Il faudrait aussi que tout au long de la maladie les liens restent forts entre le personnel soignant et la famille. Je sais en revanche que certaines familles sont difficiles à gérer, peut-être qu'une formation pour le personnel prend déjà cela en compte. » R.B.

« Chaque professionnel devrait pouvoir puiser en lui la capacité de lecture de la personne en face de lui. Aucun mode d'emploi ne devrait se substituer à un rapport humain. Aucune normalisation ne peut s'appliquer. L'important est la personne qui reçoit l'information. Le professionnel doit s'adapter aux réactions, même si cette tâche est difficile. L'empathie devrait se substituer aux « check list ». Toutes les réactions sont possibles. Ne pas tenter de remplir un cahier des charges si la personne n'est pas prête. Ne pas se sentir mal à l'aise si la personne exprime des émotions par les larmes. Ne pas brusquer ou plonger un patient dans une réalité qui n'est pas encore la sienne. Ne pas convaincre une personne interdite. Laissez le patient indiquer par sa réaction, la bonne pratique.

L'annonce doit être faite au patient lui-même. C'est exclusivement au patient de déterminer s'il veut que l'annonce soit faite aux proches par l'intermédiaire du professionnel ou s'il souhaite le faire lui-même. Un patient est une personne de plein droit. Ses proches n'ont rien à savoir tant qu'il ne l'a pas décidé. La tutelle n'est pas de mise. » E.R.

« Je suis pour la transparence donc l'annonce de la vérité : même si cela fait mal, il faut que le malade sache, puisse organiser son futur en fonction de cette donnée. » C.H.

« Tous les proches ne sont pas toujours à même de comprendre ce qui arrive, même avec des explications : si le malade est en état de leur dire c'est à lui qu'il revient de le faire car il saura à qui il pourra se confier. Si le malade n'est pas en état de le faire, il faut que le médecin se charge d'en informer la famille et les proches en leur disant la vérité et les propositions de traitement. » H.C.

« Majoritairement les gens doivent être en mesure d'entendre cela, d'autant plus que tous les cancers ne sont plus mortels. Quant à savoir à qui il faut le dire, il me semble difficile de ne le dire qu'aux proches en laissant la personne la plus concernée en dehors de la vérité. Donc, pour moi, c'est d'abord au malade et c'est lui qui peut ensuite déterminer qui de son entourage doit savoir et qui ne doit pas savoir. Bon, là je vais parler de mon cas personnel.

L'annonce m'a été faite par le médecin qui m'a fait la mammographie. Je ne le connaissais pas. Il a fait les choses avec énormément de finesse et de doigté en y allant progressivement. Il m'a montré le cliché en me disant qu'il y avait là un quelque chose qui ne semblait pas tout à fait normal.

Après une autre chose, c'était la famille. Comme je n'ai pas de conjoint, ça au moins c'était réglé. J'ai donc téléphoné à mon frère qui est médecin et lui ai annoncé ça avec beaucoup de précaution tout en lui disant que j'interdisais jusqu'à nouvel ordre que mes parents soient mis au courant. Et comme mon pronostic est bon, il ne sera finalement jamais question qu'ils l'apprennent. Ils sont trop vieux, trop fragiles. Une telle annonce les tuerait, d'autant que ça n'est absolument pas nécessaire. Je supporte très bien les chimios, je me porte parfaitement bien. Je bluffe tout le monde avec ma perruque. Je continue à travailler comme si de rien n'était. Alors pourquoi les affoler pour rien ? Ce cancer passera et ils n'en sauront jamais rien. Mais c'est moi qui l'ai décidé. Pas les médecins pour moi. » P.T.

« Je trouve que la mesure N°40 du Plan Cancer 2003-2007 est bien pensée. Et si, en 2008 comme en 2010, j'avais pu en bénéficier, j'aurais peut-être rencontré ce soignant-pivot qui fait tant défaut au cours de la maladie et APRÈS celle-ci. » B.H.

« La mesure N°40 du Plan Cancer 2003/2007, c.à.d le dispositif de la consultation d'annonce, me semble parfaite. Mais alors qu'elle est sensée se généraliser sur tout le territoire français, force est de constater que cette mesure phare est loin d'être appliquée par la majorité des établissements anti-cancer existants sur le territoire. Nombre d'entre nous subissons encore des annonces barbares, à la va-vite, de la bouche d'un chirurgien pressé, d'un radiologue débordé, d'une secrétaire maladroite et j'en passe. Et bien souvent, ce n'est pas UNE annonce que nous avons à vivre, mais bien DES annonces, espacées par des temps d'attente inhumains dans des conditions de suspense inconcevables : Annonce des examens d'exploration suite aux signes d'appel, Annonce de la biopsie, Annonce de la maladie. Annonce du protocole. Annonce des conséquences du protocole. Annonce des bilans intermédiaires faisant état de l'efficacité du traitement en cours, Annonce de la recherche génétique et ses conséquences si il y a lieu, Annonce de traitements imprévus ... L'idée d'une deuxième consultation avec l'infirmier d'annonce me paraît fort judicieuse, car elle permet d'aborder les choses plus concrètement, de parler de tous les points d'interrogation laissés en suspens par la sidération de l'annonce première, de s'assurer que le patient a bien compris ce qui lui a été expliqué et d'évoquer tous les volets touchés par la maladie (social, médical, psychologique, etc) » B.H.

*« Dans notre univers médiatisé (campagnes de prévention de tel ou tel cancer) surmédiatisé même, dans lequel l'information circule aisément (Internet), la personne concernée par un cancer par ex., doit bien se douter de son mal. Elle espère évidemment infirmation de ses doutes, mais doit être prête, en son for intérieur, à entendre le verdict. Se pose après le problème, très personnel, de la gestion de l'annonce. Je pense que le corps médical a la tâche plus facile aujourd'hui que par le passé. Des mots comme « cancer » ne sont plus tabous et les patients sont de mieux en mieux informés. Enfin, la culture du secret n'est plus de mise (on ne cache plus) et c'est tant mieux ! L'Homme est un être humain à part entière et non une pathologie. Il doit rester **acteur** de sa maladie ! » M.G.*

L'Annonce d'une pathologie lourde est un moment d'une rare violence : elle fait entrer le patient dans sa maladie.

Son monde, ses projets s'écroulent

Le dispositif (et non la consultation) d'annonce doit être réfléchi, structuré et mis en place au niveau du service et de l'Institution impliquant plusieurs acteurs (professionnels volontaires, formés et compétents, bénévoles le cas échéant).

Ce dispositif donne des éléments d'éducation thérapeutique.

Il doit permettre au patient de devenir acteur de sa prise en charge.

L'annonce pour qui et pour quoi et par qui ?

Un dispositif d'annonce doit être mis en place :

- non seulement pour les cancers dans les centres d'oncologie,
- mais pour l'ensemble :
 - o des pathologies invalidantes (par exemple sclérose en plaque, pathologies poly vasculaires des personnes jeunes),
 - o ou potentiellement létales,
 - o les affections, chroniques ou aiguës, qui ont des répercussions psychologiques ou physiologiques lourdes pour la personne soignée et/ou son entourage et qui relèvent d'une thérapeutique lourde ou astreignante (par exemple maladies mentales, diabète, PCE, hypofertilité ...).
 - o les cancers, avant adressage aux centres spécialisés.

L'annonce des Maladies Sexuellement Transmissibles, des pathologies géniques ou génétiques transmissibles doit être réfléchie de manière particulièrement adaptée, prenant en compte outre la pathologie elle-même, le contexte conjugal et familial.

Les modalités d'annonce des décès doivent être tracées et adaptées, en particulier, aux contextes familiaux, sociaux, religieux et ethniques.

L'annonce n'est pas qu'une simple information

Le dispositif doit donner les moyens d'une information structurée et cohérente, graduée et progressive.

L'annonce doit être adaptée à chaque personne : elle ne se conçoit pas sans une bonne connaissance de la personne soignée (contexte de vie, structure conjugale et familiale, image personnelle de la maladie, connaissance du monde soignant).

Il est souhaitable que le dispositif d'annonce de l'ensemble des pathologies lourdes soit organisé comme le prévoit l'annexe 40 du Plan Cancer, faisant intervenir successivement des professionnels médicaux et para médicaux entraînés au travail partagé.

Le type d'information délivré par chacun des acteurs doit être clairement défini et connu des autres.

Les réactions de la personne soignée et de ses proches doivent être partagées entre les membres de l'équipe.

Une cellule d'annonce doit être structurée :

- pour ne pas faire peser tout le poids psychologique de cette séquence importante du soin sur une seule personne
- et pour assurer la pérennité et la continuité du dispositif.

Abordant les répercussions de la pathologie et des traitements sur la vie quotidienne des personnes soignées et de leurs proches, la discussion d'annonce doit s'ouvrir sur un réseau de soins : médecins spécialisés, psychologues, soins de support (esthéticienne, kinésithérapie, ...), réseaux structurés (diabète, pathologies vasculaires, associations de patients atteints du SIDA, ...).

Le diagnostic est communiqué. Les alternatives thérapeutiques, médicamenteuses ou interventionnelles font l'objet d'une présentation loyale et adaptée, complète, rigoureuse laissant apparaître leurs avantages et leurs inconvénients.

Les réponses doivent être données à la personne soignée sur les étapes raisonnablement prévisibles de sa pathologie, en prêtant, dès le moment de l'annonce, une attention particulière à la période difficile qui suivra l'arrêt des traitements du fait de l'évolution favorable de la pathologie : cette interruption thérapeutique, tant espérée tant au long des séquences de traitement, se révèle souvent psychologiquement difficile pour les personnes.

Une consultation de fin de traitement doit être organisée.

La personne soignée doit être informée de la possibilité, si elle le désire, de se faire accompagner d'un proche pour cette annonce qui marquera un tournant important dans sa vie.

La personne de confiance prévue par la loi trouve ici tout son intérêt.

Avec l'accord de la personne soignée, le médecin traitant est impérativement informé des modalités et du déroulement de l'annonce personnalisée

L'organisation d'une « prise en charge » en deux temps :

- « pré - annonce » dans un service de proximité ou médicotechnique (imagerie par exemple),
- Puis annonce dans un service spécialisé (oncologie, chirurgien neurologie...) doit être structurée dans les établissements de santé.

La mise en place de sites numériques (internet), validés par des soignants, évalués, doit être réfléchie. Il est indispensable que les soignants participant à l'annonce connaissent les contenus de ces sites et qu'ils orientent les personnes soignées.

Il importe de toujours s'assurer que les informations délivrées à la personne soignée ont été comprises et qu'elles sont intégrées dans le schéma global de prise en charge.

La traçabilité de la pré - annonce et de l'annonce

La nécessaire coordination des soins implique de tracer et de rendre accessible aux professionnels (médecin traitant compris) le niveau d'information transmis au patient.

L'écoute est un moment important de l'annonce : la « prise en charge » doit être globale mais adaptée : la parole, mais aussi les silences de la personne soignée doivent être entendus

Le dispositif d'annonce doit permettre et favoriser l'expression de l'angoisse singulière de chaque patient (perte des cheveux, limitation des activités, conséquences sur la vie relationnelle, ...).

Les soignants impliqués doivent savoir entendre et respecter les silences, décoder le sens caché des questions, reconnaître les attentes non exprimées, favoriser leur expression.

Après une phase initiale de sidération liée à l'annonce, ils doivent savoir gérer le déni éventuel du patient et le respecter sauf si un risque existe pour la collectivité (risque de contamination virale par exemple). Dans ce cas le soignant, respectueux de la personne soignée mais aussi de son entourage, devra savoir inciter le patient à la communication que préconisent les règles élémentaires de sécurité collective.

Les professionnels participant à l'annonce doivent être formés, soutenus et protégés

Une formation à l'annonce doit être organisée, qui prendra notamment en compte :

- la psychologie asymétrique des relations soignés/soignant,
- l'exposition psychologique du personnel soignant avec les risques inévitables d'identification personnelle,
- mais aussi la difficulté pour bien des acteurs à ne pas vivre la pathologie ou la mort comme un échec de la médecine.

Les personnels participant au dispositif d'annonce doivent bénéficier d'un suivi spécifique de type supervision. Leur expression sera favorisée au sein de groupes, idéalement animés par des intervenants extérieurs à la structure.

La participation d'un psychologue à ces groupes de parole est souhaitable.

Le risque d'usure ou de surinvestissement des personnels est en effet grand si les conditions nécessaires à leur bon accompagnement ne sont pas réunies.

Pour qu'il soit mis en œuvre, le dispositif d'annonce doit être valorisé

L'annonce mobilise, pour une prise en charge justifiée, un temps soignant conséquent.

Ce temps doit être valorisé, inscrit dans le dossier patient, traçable et valorisé, par exemple par un codage PMSI.

Identifier et valoriser les pratiques favorables à la bientraitance et à la qualité de service, que ceux-ci concernant les professionnels en contact direct avec les patients et leurs proches, les professionnels des services logistiques, médico-techniques, techniques et administratifs, ou encore l'organisation et le management des équipes et le fonctionnement institutionnel des établissements

Paroles de personnes soignées :

« J'aurais beaucoup de faits à vous signaler, mais; ni aura t'il pas des retour de flammes? Cela m'est malheureusement arrivé en signalant mes problèmes » P.L.

« *Cette amie a une tendance alcoolique, qu'elle nie et dont je n'avais pas pris la mesure. Cet accident aurait pu l'amener à se soigner. Or je pense qu'on l'a traitée comme une ivrogne et non comme une malade. Ce n'est pas à elle que l'on a parlé d'addiction, mais à moi. Maintenant elle est complètement réfractaire à l'idée de retourner éventuellement aux urgences pour quoique ce soit* » B.B.

« La place laissée aux proches doit être accordée par le patient lui-même. C'est à lui de déterminer qui doit être à ses côtés. » E.R.M.

« *Et il n'est même pas question de manque d'argent, là. Mais clairement il s'agit d'un problème d'organisation. Ce service est totalement désorganisé* » P.T.

« **J'aurai aimé avoir au moins une personne parmi mes soignants qui ait une vision globale sur ma situation personnelle (parcours médical, situation administrative, familiale, professionnelle etc).** L'indifférence, la méconnaissance, sont parfois à elles seules sources de violence faite à l'individu, de bourdes ou maladresses monumentales : la qualité de la confiance, du relationnel soignants-soignés en pâtissent forcément. Mais les contraintes budgétaires font, il est vrai, de la disponibilité des soignants une denrée de plus en plus rares. La généralisation du paiement à l'acte, de la médecine ambulatoire induise une notion de rentabilité qui peut parfois être fort nuisible à la qualité des soins. » B.H.

« *Cette année, j'ai découvert une nouvelle professionnelle dans le service : la socio-esthéticienne. Je trouve que cette nouvelle prise en charge, axée sur le bien-être du patient, est réellement une avancée. Sa visite est un moment d'échange privilégié et la réhabilitation du corps qu'elle s'efforce d'instaurer m'a semblée réellement judicieuse. J'imagine tout à fait l'importance que peut avoir l'intervention d'une telle professionnelle lors d'une réunion pluridisciplinaire, son temps de parole avec le patient étant parfois supérieur à celui de tous les intervenants d'un tour de table... J'espère que de nombreux hôpitaux s'ouvriront à cette nouvelle approche du malade...* » B.H.

« Rien à redire, toujours accueillie avec le sourire, pas trop d'attente, soins bien dispensés à chaque hospitalisation ou soins ambulants, Je ne veux pas absolument défendre le milieu hospitalier, je n'ai pas d'actions !! Mais il faut aussi dire qu'à chaque fois j'ai vu des patients insatisfaits, râleurs, mauvais avec le personnel. Encore là il y a un mois, le même personnel qui me soignait s'occupait de patients ayant subi des opérations un peu moins importantes que la mienne, Mais qui étaient infectés avec le personnel ! A tel point que tous voulaient venir faire ma chambre, me donner les soins !

Il faut aussi en tant que patient faire la part des choses. Ne pas prendre le personnel de haut et comprendre que ce n'est pas le métier le plus facile » H.M.

« Je téléphone pour avoir des nouvelles et ai un mal fou à en avoir " on ne donne pas de nouvelles par téléphone, vous ne pouvez pas vous déplacer et bien quand vous pourrez, prenez un rendez vous", enfin de temps en temps, il y a des bonnes âmes qui passent outre. » N.L.

« Le minimum que l'on puisse attendre d'un oncologue, c'est qu'il se soucie déjà, dans ses premiers entretiens avec le patient, de l'existence de cet entourage. Au cours de ces 9 dernières années, bien que multirécidiviste, à part mon généraliste, pas un seul de mes soignants n'a pris la peine de poser des questions à ce sujet : avais-je un conjoint ? Des enfants ? Étais-je bien entourée ? Disposai-je d'un tissu social assez dense pour pouvoir avoir du soutien moral, matériel, à l'endroit où je vivais ? Comment mes proches, ma famille, vivaient-ils les événements ? Souhaitais-je me faire accompagner par quelqu'un en particulier lors de mes entretiens médicaux ? Souhaitais-je être épaulée pour gérer l'annonce de la maladie à mes enfants, pour leur fournir des explications etc. ? Rien. Le désert. Si la question était posée, c'était toujours dans un cadre médical (unipare ? Multipare ?) ou purement administratif, mais pour le reste, pas un mot... » H.B.

« Il est nécessaire de l'informer sur la possibilité qu'il a de venir avec un proche lors des consultations, lui expliquer qu'il peut désigner une personne référente, de confiance, qui pourra ainsi l'épauler et le seconder dans les démarches, les choix à venir, de façon éclairée. Lui dire également que les psychologues du service peuvent aussi être là pour ses proches, ses enfants, si le besoin s'en faisait sentir » H.B.

« Le décroisement me semble indispensable. Je m'explique. Il faudrait considérer l'être humain dans sa globalité. Il faudrait l'écouter et être réceptif au message qu'il souhaite faire passer, avec ses mots. » H.M.

« Existe-t-il une formation sur la bientraitance pour le personnel hospitalier ? Une telle formation devrait être obligatoire avant l'embauche » P.B.

Paroles de proches :

« Je l'ai accompagnée mais je n'ai pas eu le droit de rester avec elle lorsqu'elle a été prise en charge. C'était au milieu de la nuit. Le lendemain matin elle m'a téléphoné. Je pouvais venir la chercher. Elle avait des points de suture à la lèvre, deux dents de cassées. Elle n'a pas vu de médecin avant son départ et personne ne lui a dit ce qu'elle devait faire » P.B.

Identification des pratiques :

Au niveau national :

1. Prise de position politique :
 - a. Volonté politique affichée, durable et continue
 - b. Démarche évolutive puis pérennisée
 - c. Association des personnes soignées et de leurs proches
 - d. Globalisation des démarches

2. Mise en place des moyens pour « Tendre à la bientraitance » :
 - a. Formations prenant en compte la problématique Bientraitance/Maltraitance
 - b. Collaborations avec les sociétés savantes, la HAS, l'ANAP
 - c. Existence d'une communication stratégique et diffusion des valeurs
 - d. Communication aux ARS d'un cadre d'action clair
 - e. Volonté affichée de décloisonner les structures
 - f. Droits des patients connus, reconnus et valorisés
 - g. Structuration d'un réseau « Bientraitance »
 - h. Indicateur synthétique qualité approprié

3. Appropriation de la démarche par les services centraux

4. Equité dans l'accès aux soins

Au niveau régional :

1. Prise de position politique et appropriation de la démarche

2. Mise en place des conditions de la bientraitance
 - a. dont l'organisation de rencontres régionales
 - b. actions de formation

3. Contrôle des établissements de santé et contractualisation

4. Coordination du parcours de soin

5. Prévention de la maltraitance

Au niveau de l'établissement :

1. Affirmation politique locale avec engagement des institutions
2. Mise en place des conditions pratiques de la qualité technique
3. Mise en place des conditions pratiques de la Bienveillance
 - a. dont un processus adapté de formation
 - b. et une place reconnue aux personnes soignées et à leurs proches
4. Existence d'une structure de veille « Maltraitance »
 - a. chargée de la définition d'indicateurs de risque
 - b. et de la mise en place de procédures de signalement
5. Existence de réflexions partagées avec les représentants de personnes soignées
6. Valeurs de la structure connues par les professionnels

Au niveau du pôle ou du service :

1. Déclinaison et affirmation de l'adhésion à la volonté politique
2. Conditions de la bienveillance mises en place
3. Existence d'une formation adaptée des professionnels
4. Décloisonnement de la structure
5. Existence de guides professionnels à l'usage des soignants (cf infra)
6. Politique adaptée et évolutive de gestion des ressources humaines
7. La maltraitance est prévenue

Au niveau des agents :

1. Connaissance de la politique et des valeurs de l'établissement
2. Application des règles de la structure
3. Remise en cause continue et adaptée des postures professionnelles
4. Participation aux actions de formation
5. Connaissance des droits et devoirs de chacun
6. Connaissance les modalités de prévention de la maltraitance et prise de conscience du risque

Au niveau des patients :

1. Connaitre l'hôpital : journées portes ouvertes
2. La place donnée personnes soignées et à leurs proches est occupée

« 2011, ANNEE DES PATIENTS ET DE LEURS DROITS »
Groupe 3 : Consultations, Examens, Traitements et Soins Invasifs
Annonce du diagnostic

Proposer les objectifs que devraient se donner les établissements, les agences régionales de santé et les institutions nationales pour favoriser la bientraitance et la qualité de service, ainsi que les modalités de leur évaluation

Paroles de personnes soignées et de leurs proches :

« Nous avons répondu, à la fin du séjour à l'hôpital de..., à l'enquête de satisfaction. Qu'advient-il de ces enquêtes lorsque le patient émet des critiques? Suivent-elles leur cours jusqu'au conseil d'administration ou atterrissent-elles dans une poubelle? Ne peut-il pour cela y avoir une boîte aux lettres spéciale hors de l'hôpital, ou alors ne pourrait-on pas faire figurer sur cette enquête l'adresse de l'ARS? Moi-même je ne savais pas vers qui me tourner avant que l'on me conseille de téléphoner à ... et je connais bon nombre de personnes ayant les mêmes reproches à formuler contre cet hôpital mais ne sachant pas ce qu'il adviendrait d'elles en cas de nouvelle hospitalisation dans ce service. » J.B.

« J'aurais beaucoup de faits à vous signaler, mais; ni aura t'il pas des retours de flammes? Cela m'est malheureusement arrivé en signalant mes problèmes » P.L.

« Le décroisement me semble indispensable. Je m'explique. Il faudrait considérer l'être humain dans sa globalité. Il faudrait l'écouter et être réceptif au message qu'il souhaite faire passer, avec ses mots. » H.M.

Identification des objectifs :

Au niveau national :

1. Prise de position politique :

a. Affirmation d'une véritable volonté politique durable et continue :

La bientraitance procède d'une démarche éthique fondée sur des valeurs partagées par l'ensemble des acteurs de la communauté soignante (soignants certes dont les médecins, mais aussi agents techniques, administratifs, personnels de direction et de gestion de l'activité sanitaire).

Démarche progressive et résolument positive, la bientraitance tend vers l'amélioration continue du service rendu au patient tout en valorisant les professionnels engagés dans une relation de partenariat avec la personne soignée et ses proches.

Ce partenariat s'inscrit dans une spirale vertueuse où le mieux être du patient va de pair avec une meilleure satisfaction des professionnels, reconnus dans leurs compétences.

Issue de la volonté politique, la promotion de la bientraitance sera une préoccupation majeure tout au long de l'accompagnement de la personne accueillie, de la conception de sa prise en charge jusqu' à la fin de sa réalisation.

- i. appropriation et valorisation de la démarche de bientraitance par les acteurs nationaux
- ii. exemplarité.

b. Pérennisation de la démarche :

- i. formalisation de la politique par mise en place d'un cadre national de promotion de la bientraitance.
- ii. réfléchir les organisations en vue de la bientraitance par la mise en place d'un dispositif national de pilotage.
- iii. démontrer l'aptitude des services à la remise en cause pour tendre à la bientraitance au niveau national.
- iv. internationalisation de la problématique qu'il faut porter au niveau européen. Cette problématique étant de portée universelle, favoriser la réflexion et le partage d'expériences aux niveaux européen et international permettra d'en affirmer la place de pivot.

c. Association des personnes soignées et de leurs proches à l'élaboration des objectifs de promotion de la bientraitance.

d. Globalisation des démarches : affirmer le caractère indissociable des démarches de promotion de la bientraitance et d'approche globale du patient et de sa prise en charge.

2. Mise en place des moyens pour « tendre à la bientraitance » :

a. Au niveau des formations :

Inscrire la bientraitance dans les programmes de formation initiale et de développement professionnel continu, par l'introduction d'un module commun de sensibilisation à la bientraitance et à la remise en cause des pratiques et postures professionnelles :

- i. formations médicales initiales et continues.
- ii. formations paramédicales initiales et continues.
- iii. formation des cadres de santé et cadres médicot techniques (cadres de soin)
- iv. formation des acteurs administratifs et techniques, incluant les responsables administratifs et gestionnaires.

b. Collaboration avec les Sociétés Savantes et la Haute Autorité de Santé :

Mise en place par les Sociétés Savantes de chaque discipline, en partenariat avec la Haute Autorité de Santé, de référentiels de qualité de service, de guides de bonne pratique incluant les pratiques bientraitantes attendues.

c. Communication stratégique et diffusion des valeurs :

Utilisation de supports multiples, variés et adaptés aux publics cibles.

d. Donner un cadre d'action clair aux Agences Régionales de Santé :

Elles sont chargées par la loi de contribuer à promouvoir la bientraitance dans les établissements de santé et médico-sociaux.

e. Décloisonnement :

L'hôpital doit être reconnu comme lieu d'accueil (hospitalité), intégré dans un tissu social élargi et ouvert sur son environnement. A cet égard, il est essentiel d'associer à l'ensemble de la démarche les associations de patients et de leurs proches afin d'élargir et d'enrichir le débat.

f. Promouvoir le respect des droits des patients :

Toujours garder à l'esprit la dissymétrie des relations soignant-patient et agir en conséquence.

Pour autant, le droit du patient accueilli ne doit en aucun cas contribuer à mettre en danger l'intégrité des soignants : il est du devoir et de la responsabilité de l'employeur d'assurer la protection de ses salariés contre les agressions dont ils seraient victimes.

g. Redonner un véritable pouvoir de direction à la hiérarchie et à l'encadrement des régions et établissements :

Diriger c'est donner un sens et donner du sens à l'action : la stabilisation du cadre institutionnel et l'affichage des valeurs seront portés par la hiérarchie.

h. Promouvoir la structuration d'un réseau bientraitance :

i. identification de référents thématiques

ii. associer des patients et leurs proches notamment par le biais d'associations à la réflexion de mise en place et au suivi bientraitance

iii. organisation de journées nationales thématiques nationales :

. Recensement, partage et valorisation d'actions pilotes ;

. Mise en place de « passerelles » entre les régions ;

. Identification et promotion des initiatives concrètes d'amélioration.

. Organisation du suivi par les agences régionales de santé de la généralisation, l'effectivité et l'efficacité des démarches de bientraitance sur l'appropriation et la démarche

iv. diffusion des valeurs de bientraitance

i. Evolution de l'indicateur synthétique qualité

Il prendra en compte les critères liés à la bientraitance et permettra une évaluation adaptée exploitée et déclinée en priorité par les établissements. Cet outil permettra l'obtention de résultats utilisables au national.

3.L'appropriation de la démarche par les services centraux découlera naturellement de la priorité affirmée au niveau ministériel de la démarche bientraitance.

a. Sensibilisation forte et formation de l'encadrement

b. Sensibilisation aux valeurs humaines

c. Valorisation des acteurs internes

Au niveau régional

1. Prise de position politique et appropriation de la démarche

- a. Bien que les valeurs démocratiques et les droits des personnes humaines soient universelles, **la réaffirmation des valeurs « bienveillance » par la structure régionale permettra une meilleure inscription de ces principes sur son territoire.**
- b. **Témoigner de l'appropriation de la démarche bienveillance**
- c. **Sensibiliser et former l'encadrement régional**
- d. **Exemplarité**
- e. Mise en place **d'évaluations internes annuelles des agences** sur la thématique bienveillance

2. Mise en place des conditions de la bienveillance

a. Mise en place d'un réseau régional bienveillance

- i. Identifier un référent et le faire connaître
- ii. Organisation de journées régionales bienveillance
 - 1. Réflexion éthique et information des acteurs
 - 2. Réflexion en commun et mise par écrit des valeurs, conduites inacceptables et engagements des acteurs
 - 3. Recherche et promotion des « petits axes », des axes quotidiens d'amélioration
 - 4. Valorisation des acteurs qui seront ainsi reconnus (ne pas se limiter à apporter une aide ponctuelle aux structures déficientes).
 - 5. Partage et diffusion des actions « pilotes » évaluées
 - 6. Intégrer les associations de patients afin de bénéficier de l'avis des patients et de leurs proches favorisant l'enrichissement du débat
 - 7. Formation à la remise en cause continue et adaptée des postures professionnelles

b. Favoriser les actions de formation

- i. Sensibilisation aux relations d'humain à humain et aux valeurs humaines,
- ii. Prise de conscience de la vulnérabilité de l'autre et de l'asymétrie des relations soignants personne soignée
- iii. Développer l'aptitude des personnels à la remise en cause
- iv. Prévention de la douleur
- v. Formation à l'écoute
- vi. Formation à l'annonce du diagnostic
- vii. Donner conscience du sens de la mission de soin

- c. **Stabiliser le cadre institutionnel régional et afficher ses valeurs**
- d. **Créer les conditions de la coordination des parcours de soin** au sein des Etablissements de Santé
- e. **Communication et création d'un site ressource des actions pilotes** dans les Etablissements de Santé
- f. **Intégration d'un volet bientraitance au sein de la Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie (CRSA)** où siègent les représentants des usagers

3. Contrôle des établissements de santé et contractualisation :

- a. **Inscription d'actions bientraitance dans les CPOM** : donner une « prime » à la qualité
- b. Mise en place de « passerelles » entre les établissements : désenclaver, décloisonner
- c. **Coordination du parcours de soin inter établissement**
- d. Mettre en place une **évaluation adaptée et continue des acteurs** dans le cadre de la GPMC (gestion prévisionnelle des métiers et des compétences) des directions des ressources humaines

4. Prévenir la maltraitance :

- a. **Provoquer la prise de conscience du risque**
- b. **Connaître les modalités de prévention de la maltraitance**
- c. **Connaître la personne ressource**
- d. **Rédiger des procédures d'information**
- e. **Redonner un véritable pouvoir de sanction (positive et négative) aux cadres**

Au niveau des établissements de santé :

1. Affirmation politique :

- i. Engagement écrit du Conseil d'Administration, de la direction, de la Commission Médicale d'Etablissement**
- ii. Formaliser la volonté politique dans les projets institutionnels et réfléchir les organisations en vue de la bientraitance**
- iii. Affichage de la culture et des valeurs partagées**
- iv. Affirmer le rôle du médecin chef de service et du management dans la promotion d'une culture pour tendre à la bientraitance**
- v. Montrer l'exemple**
- vi. Identifier un référent thématique**
- vii. Stabiliser et faire connaître le cadre institutionnel**

2. Mise en place, autant que possible, des conditions de la qualité technique :

- i. assurer une architecture propice (éclairage, température, bruit, accès, sols, locaux de confidentialité, ...)**
- ii. assurer un équipement propice (fonctionnalité, ergonomie) : la préoccupation d'une prise en charge de qualité doit être constante lors des choix de matériels**
- iii. assurer une accessibilité physique adaptée**
- iv. assurer une signalétique adaptée**
- v. assurer une accessibilité téléphonique adaptée, tant en interne qu'en externe**
- vi. développer de nouvelles solutions de communication : solution internet ou SMS pour la prise de rendez-vous et l'accès aux résultats ...**

3. Mise en place des conditions pratiques de bientraitance :

- a. Vérification systématique des formations initiales du personnel**
- b. Mettre en place des axes managériaux forts** pour prévenir les risques de maltraitance et favoriser la bientraitance :
 - a. Assurer et rendre lisible le pilotage des établissements de santé, des pôles et des services**
 - b. Mettre en place un organigramme hiérarchique et fonctionnel clair et connu des professionnels**

- c. Rendre obligatoire l'application des pratiques définies dans les projets institutionnels
- d. Redonner un véritable pouvoir de sanction (positive et négative) aux cadres.
- e. Ajouter systématiquement un item bienveillance du patient et du personnel dans l'évaluation annuelle des soignants
- f. Mettre en place un « parcours du soignant » lors de son accueil
- g. Décloisonner et mettre en place des « passerelles » entre les différents professionnels et services
- h. Mettre en place un réseau interne garantissant la continuité des prises en charge
- i. Mettre en place des évaluations internes continues et favoriser des EPP centrés sur la thématique « Bienveillance »
- j. Sensibilisation forte à la bienveillance et formation de l'encadrement soignant dont les médecins
- k. Veiller à aptitude des personnels à la remise en cause des postures professionnelles
- l. Promouvoir le respect entre tous les acteurs de la chaîne de soin
- m. Mettre en place et faire appliquer des guides bonnes pratiques

c. Veiller à l'équité de l'accès aux soins

d. Coordonner le parcours de soin, le parcours clinique dans l'établissement

e. Mettre en place l'évaluation de certaines pratiques par les soignés

f. Mise en place de journées institutionnelles :

- i. Partage et diffusion des actions « pilote » évaluées – exemplarité
- ii. Valorisation des acteurs et fédération autour de la valeur humaine de soin
- iii. Recherche et promotion des « petits axes » d'amélioration »
- iv. Se connaître pour mieux collaborer

g. Mettre en place un processus adapté de formation des personnels, en favorisant :

- a. Appropriation de la démarche de bientraitance
- b. Connaissance des procédures d'information sociale et de signalement judiciaire
- c. Prévention de la douleur
- d. Formation à l'écoute
- e. Formation à l'accueil
- f. Formation à l'annonce du diagnostic
- g. Connaissance de l'organisation, des rôles et fonctions
- h. Sensibilisation aux relations d'humain à humain, prise de conscience de la vulnérabilité de l'autre et de l'asymétrie des relations soignants personne soignée
- i. Sensibilisation aux valeurs humaines et à l'intégration du schéma culturel des populations soignées
- j. Réflexion éthique
- k. Formation à la remise en cause continue et adaptée des postures professionnelles
- l. Connaître les modalités de prévention de la maltraitance et prise de conscience du risque
- m. Donner conscience du rôle et de la mission du soignant

h. Veiller à la place laissée dans l'établissement aux personnes soignées

- i. Veiller à la place donnée aux proches** de la personne soignée, avec son accord

4. Mettre en place des procédures de signalement et la recherche d'indicateurs de risque :

- a. Absentéisme ou « turn over » inhabituel des personnels – sensibiliser le médecin du travail
- b. Non participation aux actions de formation
- c. **Inciter et faciliter les signalements de situations à risque par les patients et les professionnels**

Il importe de mettre en place une structure d'analyse objective des déclarations, réunissant patients et professionnels pour éviter les mises en cause sans fondement.

Travaux avec les représentants de personnes soignées

- a. Favoriser les comités de patients, maison des usagers où la parole est libre, non structurée: leur rôle diffère de celui des CRUQPEC institutionnels
- b. Bénéficier de, et tracer l'avis des patients et de leurs proches : groupes de travail, audits ciblés, enquêtes

Au niveau du pôle ou du service

1. Déclinaison et affirmation de l'adhésion à la volonté politique :

- a. Décliner la politique nationale, régionale et de l'établissement**
- b. Application des pratiques définies dans les projets institutionnels**
- c. Identifier un « leader » thématique**
- d. Passer du conceptuel à l'organisationnel : décliner pratiquement les valeurs**
- e. Insister sur l'importance de l'implication de l'encadrement, en particulier du chef de service**
- f. Promouvoir le respect entre les professionnels**
- g. Stabiliser le cadre institutionnel et afficher ses valeurs**

2. Mise en place des conditions de la bientraitance :

- a. Assurer un véritable pilotage**
- b. Promouvoir l'exemplarité et la valorisation**
- c. Réfléchir les organisations en vue de la bientraitance – veiller à l'équité entre les professionnels**
- d. Evaluations internes annuelles devant permettre de valoriser les actions et de renforcer les assises narcissiques par l'étayage**
- e. Définir clairement l'organigramme et les responsabilités**
 - i. les faire connaître**
 - ii. les remettre à jour**
- f. Sensibiliser à la bientraitance et former l'encadrement soignant dont les médecins**
- g. Veiller à l'appropriation de la démarche de bientraitance**
- h. Organiser et valoriser les réunions de régulation, les staffs pluridisciplinaires**
- i. Formaliser les consultations d'annonce**
- j. Disposer d'un réseau garantissant la continuité des prises en charge – coordonner le parcours de soin**

- k. **Mise en place des « passerelles »** entre les différents professionnels et services
 - l. **Réflexion en commun et mise par écrit** des valeurs, conduites inacceptables et engagements d'action en faveur de la bientraitance
 - m. **Prévoir des temps d'échange** entre les professionnels, parfois en présence d'une personne extérieure
 - n. **Veiller à l'équité dans l'accès aux soins**
 - o. **Recherche continue de l'avis des personnes soignées** et de leurs proches (boîte à idées, enquêtes de satisfaction partagées – benchmark-)
 - p. **Veiller à la place donnée aux proches** de la personne soignée, avec son accord, et prendre en compte leur souffrance
 - q. **Recherche continue et promotion des « petits axes » d'amélioration – valorisation des acteurs**
 - r. **Intégrer le schéma culturel des populations soignées**
 - s. **Rédiger des guides de bonnes pratiques et des chartes d'accueil** propres à chaque service (pour former, guider, reconnaître et valoriser)
3. **Décloisonnement de la structure** :
- a. **Définition du chemin clinique dans la structure**
 - b. **Evaluations partagées des EPP**
4. **Politique de gestion des ressources humaines** :
- a. **S'assurer de la validation de la formation initiale des professionnels**
 - b. **Veiller à la formation continue**
 - c. **Organiser l'accueil et l'intégration des nouveaux agents et des intérimaires**
 - i. **Place du compagnonnage**
 - ii. **mettre en place un « parcours du soignant » lors de son accueil**
5. **Prévenir la maltraitance**
6. **Bénéficier de l'avis des patients et de leurs proches** : groupes de travail, audits, enquêtes

7. Formation des professionnels :

- a. Sensibilisation aux valeurs humaines**
- b. Connaître les modalités de prévention de la maltraitance et prise de conscience du risque**
- c. Réflexion éthique**
- d. Connaissance des procédures d'information des services sociaux et de signalement judiciaire**
- e. Sensibilisation aux relations d'humain à humain, prise de conscience de la vulnérabilité de l'autre et de l'asymétrie des relations soignants personne soignée**
- f. Formation à l'écoute**
- g. Prévention de la douleur**
- h. Connaissance de l'organisation, des rôles et fonctions**
- i. Donner conscience au soignant du sens de la mission du soignant**
- j. Former à la remise en cause continue et adaptée des postures professionnelles**

8. Création de guides professionnels à l'usage des soignants (cf infra)

Au niveau des agents :

1. Connaître la politique et des valeurs de l'établissement
2. Appliquer les règles de la structure ainsi que les pratiques définies dans les projets institutionnels
3. Connaître de l'organisation de la structure, les rôles et fonctions de chacun
4. Appliquer les règles professionnelles et guides de bonne pratique
5. Remettre en cause de manière continue et adaptée ses postures professionnelles
6. Participation aux actions de formation
7. Connaître les procédures d'information interne, d'information sociale et de signalement judiciaire en cas de maltraitance avérée ou supposée
8. Connaître les modalités de prévention de la maltraitance et prendre conscience du risque
9. Connaître les droits et devoirs de chacun
10. Se sensibiliser aux relations d'humain à humain, prendre conscience de la vulnérabilité de l'autre et de l'asymétrie des relations soignants personne soignée
11. Décliner les différents aspects du respect dans tous les contacts avec les membres de l'équipe soignante
12. Décliner les différents aspects du respect dans tous les contacts avec les personnes soignées et leurs proches
13. Favoriser les échanges avec les personnes soignées et leurs proches de sorte à les faire participer à l'action de soin
14. Participer aux travaux de réflexion sur la valeur du soin, les conduites inacceptables pour un soignant
15. Participer aux actions d'évaluation
16. S'approprier la démarche de bientraitance

Exemple de guide à l'usage des soignants : Les points listés ci-dessous sont d'ordre divers : comportementaux certes, mais aussi organisationnels voire architecturaux.

Accueil des personnes soignées :

- Savoir se présenter : Bonjour Madame, Bonjour Monsieur, je suis xxxx, fonction yyy.

Ne pas être transparent

- Identification des intervenants (badges facilement lisibles, codes vestimentaires facilitant l'identification des catégories de personnel)

- Tenue des intervenants : propreté des tenues de travail, de la présentation générale, absence de signe ostentatoire d'appartenance religieuse, conduite non désinvolte (personnel assis sur les tables ...)

Information sur :

- l'examen et les soins, adaptée aux facultés du patient : ne pas faire l'hypothèse que le patient connaît et comprend tout, pas plus que le contraire

- les différentes étapes et temps d'attente :

- en l'absence d'allocation immédiate de RDV, s'organiser pour faire parvenir une notification sous 24h ouvrées

- le délai d'attente lors de l'arrivée sur site, complété d'une information spécifique dès lors que l'attente dépasse 30 mn (ce qui suppose la possibilité de suivre les temps d'attente)

- délai pour récupérer un résultat

- les tarifs (++) , y compris les éventuels dépassements et frais annexes

Prendre en compte que le « temps » du patient peut être aussi compté, et lui faciliter les démarches, les parcours, en ne postulant pas qu'il est par principe à la disposition du soignant, et en prenant garde à ne pas lui imposer de déplacements inutiles : recherche de comptes rendus non prêts, rendez-vous non honorés par les médecins.

- Coordination des consultations et examens. Travailler au parcours de prise en charge du patient (développement de chemins cliniques organisés)

Ex : ne pas faire revenir plusieurs fois le patient pour des explorations qui pourraient être groupées

- Information et facilitation des circuits d'accès (parking, fléchage..)

- Organisation des bureaux de RDV et des secrétariats : standards téléphoniques avec lignes directes et numéros d'appel unique par secteur de prestation (exemple : un numéro pour la radiologie, répercutant les appels pour la prise de RDV, l'annulation, la recherche de résultats)

- Développement de solutions « modernes » pour les prises de RDV (internet), leur annulation de la part du patient (répondeur téléphonique), la transmission au patient d'une modification de RDV (SMS) ;

- Anticipation sur les annulations de RDV du fait de la structure hospitalière : intégration précoce des maintenances préventives, notification et remontée précoce des absences des médecins

- Ponctualité (du corps médical notamment)

- Mise en place de solutions n'imposant pas nécessairement le passage du patient pour la recherche des comptes rendus qui ne sont pas prêts immédiatement (courrier, envoi électronique sécurisé)

- Respect de la confidentialité

- Lors de la prise de RDV, des questions échangées avec les patients, de la remise des résultats

- Lors du traitement informatique des données

- Respect du bien-être

- Confort pendant la période d'attente (attention à la dureté de certains brancards)

- Contrôle des nuisances sonores : ne pas conduire de conversations privées en présence de patients ; contrôler les écarts de conduite provenant d'autres patients
- Température des pièces (savoir apporter une couverture)
- Respect de l'intimité : limiter les moments de dénudation et exposer les patients dévêtus au minimum de personnes
- Traitement de la douleur
- Limiter les agressions que représentent pour les patients ambulatoires la vue de patients fatigués ou gravement atteints : dans la mesure du possible, circuits différenciés de prise en charge des hospitalisés
- Proposer des conditions différenciées de prise en charge des populations particulières : enfants, patients désorientés (locaux ou moments de passage différents), patients venant de réanimation...
- Assurer et cultiver un climat de confiance
 - Assurer au patient un retour des données dans des délais annoncés et respectés ; Ex : compte rendu d'examen complémentaire, d'hospitalisation
 - Ne pas exposer le patient à des discussions internes, notamment sur la gestion de son cas ou de celui d'autres patients
 - L'aider si nécessaire dans sa prise de décision
 - Savoir se rendre disponible pour, à sa demande, échanger avec ses proches
- Equipements et conceptions architecturales
 - prévoir des espaces de confidentialité
 - porter une attention particulière à l'éclairage des couloirs de circulation et zones où attendent les patients couchés (lumière indirecte limitant l'agression visuelle)
 - équiper les portes des zones passantes de système d'ouverture automatiques pour limiter les chocs lors des passages de brancards ; pose si nécessaire de barres de seuils
 - assurer une ambiance lumineuse adaptée dans les postes de travail, avec chaque fois que possible des lumières tamisées
 - tenir compte des handicapés (accès et sanitaires adaptés)
 - auvents devant les portes extérieures (protection anti-pluie)
 - brancards à hauteur variable, suffisamment confortables
 - disposer d'outils d'aide au transbordement des patients ...

Visiter son organisation et ses pratiques avec un « œil de commercial et d'industriel » soucieux du bon fonctionnement, notamment sur les fonctions de type accueil / hôtellerie / work-flow

Intégrer de façon positive le devoir de « prestation de service de qualité ».

« 2011, ANNEE DES PATIENTS ET DE LEURS DROITS »

Groupe 3 : Consultations, Examens, Traitements et Soins Invasifs

Annonce de diagnostic

Proposer des modalités de mise en œuvre de cette démarche, en prévoyant des mesures d'accompagnement et d'engagement des acteurs

Les modalités présentées sont des démarches centrées sur l'expérience « ordinaire » ou « quotidienne » des usagers des établissements de santé visant l'amélioration de l'accueil et la mise en œuvre des droits des patients.

MESURES D'ACCOMPAGNEMENT

Sensibilisation et formation des équipes

- Affichage, par les instances nationales et régionales ainsi que par les institutions, d'une **volonté » politique forte** pour tendre à la bientraitance.
- Mise en place dans les établissements de **formations** visant à faire prendre conscience aux professionnels de la problématique Bientraitance/Maltraitance (lors de l'accueil puis tout au long de la vie professionnelle).
 - o Des **outils pédagogiques formalisés portant sur la bientraitance** (DGS et Société Française de gériatrie et de Gérontologie- Mobiquial) existent et peuvent être généralisés aux autres disciplines.
 - o Formations « action » des équipes soignantes, centrées sur la relation soignant soigné et sur la bientraitance animées par un professionnel extérieur, psychologue ou philosophe
- Démarches au sein des services et des établissements permettant aux professionnels, avec la participation de représentants des personnes soignées et de leurs proches, de réfléchir et d'écrire :
 - o **Les valeurs fondamentales et partagées du soin** et du groupe de professionnels
 - o Les **conduites inacceptables** pour les professionnels
- Mise en place de **groupes de parole** pour les professionnels des services lourds, afin d'éviter la surcharge émotionnelle, le « burn out », facteur de risque important de la maltraitance.
- Evaluation de l'engagement dans la démarche de Bientraitance lors de **l'entretien annuel des professionnels**
- Prévoir et écrire les **règles de signalement** d'un fait maltraitant.
- Association systématique aux réflexions de représentants des patients et de leurs proches

MODALITES DE MISE EN OEUVRE

- **Création d'espaces spécifiques d'accueil pour les patients et leurs proches**
 - o Exemples :
 - création d'espaces d'accueil et d'hébergement non médicalisé destinés aux familles des malades en fin de vie
 - consultation esthétique et soins de confort proposés aux patients atteints de cancer
 - réalisation et diffusion sur internet et sur la chaîne interne de l'établissement d'un film « pédagogique » reprenant les principales informations du livret d'accueil
 - Mise en place d'une offre de lecture en lien avec les bibliothèques municipales, prévoyant la mise à disposition de ressources variées (BD, CD, DVD), adaptées aux caractéristiques du public visé (livres en gros caractères. offre en langue étrangère...)
 - mise en place d'une « maison des usagers »
 - ateliers animés par des professionnels de la pédiatrie destinés aux enfants ayant perdu un proche.

- **Identification dans chaque établissement d'un référent Bientraitance**

- **Nomination au Comité de Vigilance et de Gestion des Risques des établissements d'un correspondant bientraitance**

MODALITES D'ENGAGEMENT DES ACTEURS

Inclure dans la politique qualité des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles permettant d'assurer un état des lieux, des actions d'amélioration et leur suivi

- **Au niveau national :**
 - o Compléter l'indicateur de mesure de la satisfaction des patients hospitalisés dans les établissements de santé publics et privés sur des résultats en lien avec des actions de bientraitance ; ajouter les items adaptés au questionnaire SAPHORA conçu par le comité d'évaluation et de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine (CCECQUA) qui sert de socle au questionnaire de satisfaction.
 - o Intégrer la notion de bientraitance comme « fil conducteur » de l'évaluation du parcours du patient dans le cadre de la certification des établissements de santé.
 - o Création d'une charte bientraitance soignant et personne soignée

- **Au niveau régional :**

Rapprocher les résultats des initiatives « bientraitance » des établissements avec les indicateurs de qualité et de sécurité des soins et les mettre à disposition du public.

- **Au niveau de l'établissement :**

- Développement de fiches d'auto évaluation du type « suis-je bientraitant ? »
- Intégration des items des modalités de bientraitance dans les checks-listes propres à chaque type de soin et sur les thèmes comme l'accueil, l'installation du patient, la conduite d'un geste d'imagerie interventionnelle, en somme pour tout acte invasif.
- Inclure dans le règlement intérieur de l'établissement un item « bientraitance », respect de la charte bientraitance

GROUPE 4 :

"PRÉVENTION ET TRAITEMENT DE LA DOULEUR"

PILOTÉ PAR : MICHELLE BRESSAND

DATES DES RENCONTRES :

27/09/10 - 04/10/10 - 11/10/10 - 22/10/10 - 19/11/10

Mission « bientraitance », groupe 4
Réunion du 27 septembre 2010, 14h-17h
Compte-rendu

Présents :

- Michelle Bressand
- Agnès Lancelot
- Anne Montaron
- Dominique Blet
- Isabelle Jubin
- Geneviève Ladegaillerie
- Walid Ben Brahim

Introduction :

Présentation de la mission par Michelle Bressand, animateur du groupe : explication des phases de la mission, explication des thématiques choisies et de l'ordre du jour de la réunion.

Après le tour de table, suggestion de présentation d'un document présentant toutes les mesures déjà en vigueur concernant la prévention et le traitement de la douleur.

Le groupe a ensuite discuté des personnes à contacter afin d'étoffer la réflexion :

- suggestion de l'intégration d'un psychologue impliqué dans la douleur et d'une personne concernée par la douleur en secteur psychiatrique ;
- suggestion de la présence d'un responsable d'espace de rencontre et d'information (ERI) ;
- suggestion de la présence d'un masseur-kinésithérapeute ;
- suggestion de l'intégration d'un représentant des usagers (Lyon) ;
- la représentation d'un professionnel représentant les cultes est écartée car peu pertinente au vu des missions du groupe.

Approche de la définition de la bientraitance :

Le groupe a dégagé quelques pistes de définition de la bientraitance :

- la bientraitance est une notion porteuse de valeurs : prendre soin de l'autre ;
- la bientraitance appliquée à la douleur implique d'évaluer la douleur : il faut être attentif, vigilant en permanence, la douleur peut servir de point d'appui à la définition de la bientraitance ;
- la bientraitance ne devrait pas faire l'objet d'une expertise, elle doit être habituelle et faire partie des compétences de base.

Le groupe a ensuite définit qui est concerné par la bientraitance : aux personnels soignants (médecins, IDE, AS, ASH...) mais aussi à tous les autres : fonctions supports et logistiques (personnel administratif, cuisines...).

La réflexion sur la bientraitance ne doit pas exclure la problématique de la nuit : actuellement le médecin ne se déplace qu'en cas d'urgence extrême, il faut donc, en cas de douleur, attendre le lendemain ou donner des placebos. Le sentiment d'impuissance qui envahit parfois les soignants doit être abordé.

La bienveillance et le personnel non médical : il faut anticiper la prise en charge, définir des protocoles pour éventuellement faire de la prise en charge de la douleur une compétence de professionnels paramédicaux dits « de pratiques avancées ».

La bienveillance doit également être intégrée dans le plan de gestion des risques de l'établissement de santé : le groupe suggère que le défaut de prise en charge de la douleur fasse l'objet d'un signalement sur le modèle de la déclaration des événements indésirables graves (EIG). De même, la douleur pourrait faire l'objet de revues de mortalité-morbidité (RMM)

La bienveillance et les proches : les proches sont à la fois démunis et peuvent éprouver un sentiment de culpabilité : le comportement des professionnels à leur égard sont donc plus facilement perçus comme des actes maltraitants. La vigilance doit donc être plus importante.

La prévention de la douleur :

- ➔ le groupe soulève d'abord que, parfois, lorsqu'un patient est traité dans un service, les soignants ne s'occupent que de la pathologie pour laquelle il a été admis, et ne se préoccupe pas d'autres douleurs (provoquées par l'hospitalisation et/ou préexistantes) ;
- ➔ la prévention de la douleur passe par une adaptation des équipements dès les admissions admissions : lits, garrots, aiguilles, et tous les équipements biomédicaux peuvent être source de douleur pour les patients ;
- ➔ la prévention passe aussi par l'évaluation de la douleur : le groupe suggère l'utilisation d'outils validés, et surtout d'outils adaptés aux patients, selon leurs pathologies ; la douleur doit aussi être évaluée à tous les stades de la prise en charge, pas seulement à l'arrivée du patient ;
- ➔ les comités de lutte contre la douleur (CLUD) doivent être associés à la prise en charge de la douleur, en rendant par exemple leurs recommandations opposables.

La bienveillance appliquée à la prise en charge de la douleur pourrait être intégrée dans l'évaluation de la qualité des établissements. Un exemple d'intéressement des pôles en fonction de la bienveillance est cité par un intervenant.

La dimension managériale de la bienveillance :

Le principal problème est que la bienveillance, et plus spécifiquement la prise en charge de la douleur, n'est pas une valeur suffisamment assimilée par le personnel, qui n'est pas imprégné de la culture bienveillante. L'acculturation doit donc être un axe majeur de la réflexion autour de la bienveillance : les acteurs sont aujourd'hui conscients de la nécessité d'être bienveillants, mais ne l'appliquent pas au quotidien faute d'une acculturation. Cette acculturation peut se faire par la voie de la formation, initiale ou continue.

La prise en charge de la douleur doit être intégrée dans les organisations, notamment par les temps d'échange et d'interdisciplinarité qui doivent rythmer la vie des professionnels de l'hôpital. La discussion doit être permanente, avant et après le soin, ce qui permet une autocritique et une évolution dans les pratiques.

Le dernier point abordé par le groupe est la valorisation de la prise en charge de la douleur, et de la bienveillance en général : le groupe conclut que tant que la bienveillance n'est pas valorisée (MIG bienveillance par exemple), les pratiques ne pourront pas évoluer de manière convenable.

Mission bientraitance – groupe 4

Réunion n°2, lundi 4 octobre 2010, 14h-17h
Compte-rendu

Présents :

- Michel Schmitt,
- Agnès Lancelot,
- Anne Montaron,
- Isabelle Jubin,
- Daniel Annequin,
- Walid Ben Brahim.

Introduction :

Tour de table, présentation et perception de la notion de bientraitance.

Mme Montaron sera remplacée par une IADE, vice-présidente du CLUD pour les 2 prochaines réunions.

Présentation de la mission et de ses objectifs. Pour la réunion du jour : définition des valeurs qui permettront à une équipe d'adhérer et de mettre en œuvre des démarches de bientraitance ; aborder l'aspect formation pour ces personnels et communication à l'ensemble.

1. Eléments de définition de la bientraitance :

Définition en creux : celui qui n'est pas maltraitant, sinon on va manier des concepts trop abstraits. Identifier les pratiques peu glorieuses pour faire avancer les choses ;

La bientraitance est la « prévenance », rapport à l'autre, ce qui résulte de l'éducation de la personne, on prête attention à... il faut parler des valeurs

Le chef de service doit afficher les valeurs, intégrer gestion et prévention de la douleur dans la prise en charge ; assez rare, voire inexistant. Cf. défaut de prise en charge dans les EIG et les risque pour le personnel qui déclare ;

Problème d'affichage, c'est le politiquement correct : si on le fait pour le faire, cela ne sert à rien ; Le point de vue est important : selon le patient c'est violent, mais si on parle de violence on n'est pas assez selon le point de vue du patient ;

A rapprocher de la bienfaisance : bien faire, qualité, charité également, travail, tâche bien faite → valeurs d'humanisme ; mais ce sont des notions galvaudées...

Prise en charge de la douleur : pré-requis à toute bientraitance ?

Etre bien traitant c'est aussi une attitude ; c'est dur de l'être aujourd'hui mais cela a toujours été difficile...

Tout le fonctionnement de l'hôpital est axé autour de la bientraitance, cela touche beaucoup de dimensions...

Source de difficulté : gestion du quotidien et objectifs ambitieux de bientraitance, pas facile à concilier.

2. Identification des pratiques favorables et des freins à la bientraitance et à la qualité de service

Travail des IDE en autonomie sur protocole de soins, mais jamais appliqué ! Si pas d'IDE pour le faire ou binôme médecin/IDE qui ne fonctionne pas cela ne marche pas.

On se heurte alors au problème de la dichotomie entre médecins et soignants : le médecin n'est pas tout le temps au chevet du patient, dimension personnelle et professionnelle, le médecin dit au soignant, face aux difficultés : « si ça vous ne plaît, pas changez de métier ».

- réglementation de la prise en charge de la douleur : beaucoup d'indicateurs en France, malgré cela, malgré tous les plans douleurs pas beaucoup d'évolution. C'est vrai que quand le chef de service prend les choses en main cela marche, mais on peut buter sur dimension de service, la loi ne peut pas changer grand-chose ;

- de façon globale, l'hôpital traverse une crise profonde donc difficile de mettre en œuvre de bonnes pratiques alors que l'on essaye de sortir la tête de l'eau

- encore une trop grande scission entre le projet médical et le projet de soins : les 2 univers n'arrivent pas à se rencontrer... Cela peut susciter des anticorps, devient contreproductif. Dilemme éthique pour les IDE et AS : obligés de suivre traitement alors que cela relève plutôt de l'accompagnement en fin de vie ; technicité du métier qui donne une autre forme de maltraitance, on se réfugie dans les soins sans communiquer, « patient non communiquant cela n'existe pas » : on a affaire à un être humain.

Création d'équipes mobiles : on externalise la prise en charge de la douleur, donc les soignants dans le service ne s'occupent plus de la douleur, et se reposent uniquement sur l'équipe mobile. On reste très organique, donc la prise en charge globale, y compris de la douleur, n'existe plus → cela a déresponsabilisé la prise en charge globale ; mais peut être un stimulant de la vigilance des équipes et des managers.

Douleur : par rapport aux traitements, on a une logique financière : tel médicament ou telle crème va être bonne, mais trop cher, donc la personne n'est pas correctement prise en charge, et le patient devient un cobaye, avec un traitement inadapté.

Les proches :

- famille est un levier important pour l'avancée en faveur de la bientraitance : famille qui porte plainte car pas prise en charge de la douleur, cela fait bouger les choses ;

- droit des patients, on ne doit plus avoir mal à l'hôpital, mais pas opposable vraiment : on n'hésite à porter plainte → rôle important du Cruqpc : on acte le fait qu'on peut revendiquer et qu'il n'y aura pas de représailles + rôle du médiateur dans ces cas est important ;

- communication : compliqué mais il faut réduire délais attente, disponibilité, communication avec arbres décisionnels et des chaînes de décision visibles pour les proches ;

- prise en charge des familles : psychologues quand on voit que cela dépasse compétences soignants, on oriente vers les psy qui sont là tous les jours, groupes de paroles pour les familles → mais risque de substitution, les soignants délèguent leurs missions de soutien, d'écoute et d'empathie.

- pas de règle générale pour prise en charge des familles, dépend du service : règle de bonne pratique : expliquer les traitements, douleur et souffrance identifiés, on oriente vers les bons interlocuteurs ; ne pas généraliser, c'est au cas par cas ;

- relation singulière entre l'équipe de soins dans l'explication prise en charge et argumentaire doit être maintenue, il ne faut pas déléguer, cela doit être expliqué comme tout traitement.

- faire sortir les familles des chambres quand on fait un soin : crainte d'être jugé ? Intimité ? Le fait de ne pas vouloir de témoins est gênant, si on sait que cela doit bien se passer, pas de raison de le faire → expression du pouvoir du soignant, pas observé, pas évalué si le proche est à l'extérieur, mauvaise évaluation et fantasmes sur la présence du proche alors qu'en réalité ça ne se passe pas mal.

- explications données à la famille sur la douleur : voir communication déjà faite, docs donnés aux patients. Dès lors que l'on dit qu'il a mal et qu'on explique le protocole ça devrait être suffisant. Accompagnement humain est la clé et doit venir en complément des docs donnés...

- la nuit : si fin de vie, ils restent, sinon pas de proches la nuit ; si explications à donner sur les soins, IDE est là.

3. Objectifs pour les établissements, les ARS et autres institutions pour favoriser la bientraitance et la qualité de service

Il n'y a pas que les problèmes d'effectifs, c'est un problème de valeurs : les remises en question doivent s'appuyer sur une réorganisation des organisations → on doit pouvoir prendre son temps pour soigner, selon le patient qui est en face, mais écueil du nombre de soignants en rapport au nombre de patients.

- problème de formation également : dans les IFSI, les étudiants étaient auparavant évalués sur les soins, pas sur les p en charge globales ; savoir faire un soin c'est une chose, savoir faire le soin de M. X ou Y c'est autrement plus important → cela peut être intégré, pas seul critère de la technique de pose, va jusque l'ergonomie du soin : pas une qualité de l'acte, c'est une qualité de l'ensemble. Tout va ensemble, il y a une **culture qualité, un état d'esprit**.

Problème : quand on fait des topos aux étudiants (ide, médecin, manip) ils prennent ça comme une évidence, pas le cas quand on a 4/5 ans d'exercice, il y a le passage par la réalité du terrain. Il y a quelque chose qui casse, explique fuite du personnel et gestes de maltraitance → **les établissements doivent réfléchir aux raisons qui expliquent cette césure**.

Ex de témoignages de soignants qui arrêtent leurs études ou de travailler car elles voient des choses inacceptables... Personne ne les avait prévenu ce qu'elles allaient faire au quotidien aux patients. Prévenue quand même pendant leurs périodes de stage : taux de fuite 20% la 1^{ère} année.

Remédier à cette cassure : **reconnaissance de la profession, charges en soin correctes, politique de soins affichée, échanges professionnels** (cf. proposition de RMM pour la douleur + équipe de nuit doivent être entendues, communication fluide) → la pancarte au lit a disparu, il faut aller chercher le dossier de soins... pas toujours suivi

Le management :

- cadre doit être porteur de plusieurs choses : soutenir une impulsion donnée pour la prise en charge de la douleur, reconnaissance du temps passé ; des projets...
- relations entre les membres de l'équipe : jalousies, tensions ; les situations de violence sont surtout dans les équipes, « mots qui tuent », gestion de conflits, etc. Art du management : faire des équilibres de psychologique d'équipe (leadership, etc.) ex : déclaration de situation de violence dans un établissement avec retrait de personnels menacés. Hôpital est un lieu de conflit et un lieu de pouvoir...
- beaucoup de choses sont écrites sur la prise en charge du patient, mais pas de notion d'exemplarité, de **notion de bientraitance pour les personnels**, c'est la qualité des relations et du fonctionnement du service qui permettra de faire fonctionner les démarches en faveur de la bientraitance ;
- dimension managériale : problème du **positionnement du cadre**, qui fait de la gestion planning et des lits, trop de travail quotidien et plus de place pour le management des équipes ; T2A n'a pas permis une organisation apprenante qui s'améliore, pas du tout structurant car mêmes habitudes ;
- évaluation négative est très difficile à mettre en œuvre car pression syndicale et droits sociaux des agents : cela s'accroît avec le temps. Problème d'incompréhensions entre générations : valeur du travail plus aussi présente, besoin d'info en temps réel, cela influe sur le management : apprendre à faire du **management intergénérationnel**, qui facilitera la relation de soins.
- le critère satisfaction et du bien être au travail est important en RH : impact sur la qualité du travail ; résultats intéressants dans la qualité soins si qualité de vie au travail par ailleurs.
- les directeurs : il faut **donner les moyens**, pas évalué que sur le retour à l'équilibre, **bientraitance doit être vue comme une recette** et non une dépense (tout comme la prévention ou l'éducation thérapeutique). Les directeurs sont évalués sur les critères financiers alors qu'on leur demande de faire des choses pas forcément valorisées. Mais ROI possible, classements importants qui permettent de positionner l'hôpital dans un environnement concurrentiel (notoriété, etc.).
- organigramme avec positionnement de chacun et leurs activités, y compris le rôle des structures transversales (CLUD) ; communication pour l'accès au Cruqpc.

4. Modalités de mise en œuvre dans les établissements de santé

- il faut que le responsable **prenne des initiatives** : ex de l'intéressement des pôles sur des indicateurs de prise en charge de la douleur ;
- clé hiérarchique à l'hôpital : quand le **chef service, internes, cadre sont en phase** cela fonctionne. Mais en réalité les services qui fonctionnent au niveau douleur ce sont les services qui fonctionnent en général, sur tous les autres plans ; ne pas chercher à améliorer la prise en charge douleur si pas un service qui tourne (ex études sur l'application des protocoles douleur) ;
- **audit de la maltraitance**, enquête sur quelques jours, pour avoir une vision précise de la chose ; enquête à jour donné, combien de patients nécessitent réellement une contention (attelles,

velcro...) → potentiellement la part peut être réduite, baisse de 50% possible en pédiatrie par exemple ;

- **RMM** : revues de dossiers entre pairs ; on juge : chutes par exemple, et les actions qui en suivent, on regarde si c'était évitable ou pas → pas de sanctions, vertus pédagogiques avec retours d'expérience ;

- **indicateurs bientraitance** : indicateurs de chutes et de contention c'est déjà pas mal... on est dans le non dit, sauf pour les PA, mais en court séjour personne n'en parle. Il faut des indicateurs qualité et on mesure les écarts. Risque de noyer donc il faut se caler sur deux/trois choses précises.

Mais problème de maltraitements non mesurables : comportements non évaluables, les soignants ne le déclarent pas, le patient peut le faire, ou un tiers sur base d'enquête qualitative observationnelle, risque de biais cependant ;

- **groupes de parole** : on exprime difficultés dans telle ou telle situation, pour essayer d'éviter de reproduire les mêmes choses. Problème de l'équipe de nuit qui est toujours écartée de ce type de démarche ;

- **expérience**, groupes de parole ; ex de Colmar : pas de problème de financement car c'est une association et peut montrer l'exemple → il existe toujours des solutions, il faut donner les moyens et croire aux objectifs ;

- **l'exemplarité du corps médical** : il faut intégrer la dimension managériale, fédérer sur des valeurs, formation en management. Paraît évident mais pas appliqué partout...

Comment valoriser la bientraitance ?

- ex des équipes qui ont fait des choses concrètes qui sont présentées aux journées de l'Unesco... valorisation très pédagogique car cela montre la bonne voie → volonté d'être réel, au ras des pâquerettes, montrer également les difficultés ;

- **afficher les résultats** (même qui n'ont pas marché), partage d'expérience, benchmark, politique de communication institutionnelle, congrès, posters (il faut du réseau) ; journée nationale de la bientraitance, société savante de la bientraitance ?

- **journée du CLUD**, en local, permet de valoriser ce qu'ont fait les services pendant l'année → problème c'est que c'est une unité payée pour ça, pas forcément le cas pour tout le monde ;

- **médico-technique** : radiologie, problème d'acculturation par rapport à la douleur, car ne se considèrent pas comme des soignants, uniquement des techniciens → ex du « meopa » dans les services de radiologie, pas toujours présent... Pas formés à la douleur, même pour la transmission de l'info, le positionnement des patients, etc. Problème de compréhension entre les services et les équipes médico-techniques.

- **labo** : prélèvements et multiplicité des examens, l'état d'esprit du prescripteur ne se pose pas la question de l'utilité, est-ce que cela ne va pas lui faire mal → réflexion sur les bilans invasifs doit se faire... (cf. groupe 2) + éviter les investigations et examens déraisonnables... mais il existe une demande des proches quand même, qu'il faut parfois prendre en compte.

- **brancardiers et matériels** : matériel adapté, passe par la **prise en compte de la douleur dans la politique d'achats de l'hôpital** (ex des automates, avec des quantités de sang variables : bénéfique quand il y a besoin de moins de sang ; ou ex des tables chauffantes pour la radiologie). Tous les mobiliers doivent être adaptés : fauteuils adaptés.

Ex : SAV du matériel dans les services : parfois siège trop loin donc le délai est plus long pour la maintenance...

Mission bientraitance – groupe 4

Réunion n°3, lundi 11 octobre 2010, 14h-17h
Compte-rendu

Présents :

- Martine Chriqui-Reineke ;
- Isabelle Jubin ;
- Patricia-Anne Gueler (cadre supérieur de santé, Ifsi Robert Ballanger) ;
- Steeve Boisdenghien (cadre infirmier, IFSI de Saint-Denis) ;
- Véronique Delcour (IADE, cadre de santé à l'Institut Gustave Roussy) ;
- Walid Ben Brahim.

Introduction :

Présentation de la mission aux nouveaux arrivants et tour de table. Présentation de la spécificité du groupe douleur, problématique spécifique qui a beaucoup avancé depuis quelques années mais qui mérite encore d'être améliorée.

Spécificité de la prise en charge de la douleur : y'a-t-il un deuxième bénéfice au traitement douleur : la douleur peut être utilisée pour qu'on porte attention à soi, le patient qui n'a plus mal, on ne s'occupe plus de lui. Si on enlève douleur, certains n'ont plus de raison d'exister : le soulagement de la douleur n'est pas une fin en soi. Quelle douleur est acceptable ? Point de vue du patient ou du soignant → le bien de qui recherche-t-on ? Celui du patient ou celui du soignant ?

Différence de point de vue entre patient et soignant : situations qui sont des habitudes pour le soignant alors que c'est extraordinaire pour le patient, il faut s'adapter à chaque patient, dans sa dimension singulière.

Ex de la prescription de morphine qui est parfois standardisée à des niveaux très bas sans se préoccuper des cas des patients. La prise de décision, quand la seule issue c'est le décès est très difficile → on ne sait pas encore reconnaître le statut de palliatif... alors que pas besoin de soins aigus tout le temps : difficulté du passage du curatif au palliatif + dimension éthique de la décision.

Evocation de la « première pierre » de la bientraitance : l'information, on explique la prescription pour qu'elle soit comprise, assimilée et respectée par le patient et donner la juste information au bon moment.

Objectifs et modalités de mise en œuvre :

1. L'information :

- Information du patient et des soignants : sur la nature même de la prescription et de ses conséquences (risques associés) ;

- importance de la réévaluation : évolution de la douleur donc évolution des évaluations, mais il faut l'expliquer car cela fait partie du traitement, sinon il y a un risque d'incertitude et le patient peut être pris pour un cobaye (pas forcément de transmission d'info) → **la réévaluation peut**

être faite mais il faut l'expliquer pour le faire comprendre, toujours **de manière ciblée et au bon moment**

ex de la salle de réveil et pose de PCA imprévue, il faut l'expliquer avant car au réveil pas évident d'expliquer son fonctionnement du fait de l'état du patient ;

2. Adaptation de la prise en charge à la singularité de la personne et le souci de sa continuité :

- salle de réveil et service : on peut partir de la salle de réveil sans douleur (critère de sortie) et arriver dans le service en ayant mal (transport...) → chaque situation est différente d'où la nécessité de prendre l'information et d'adapter ses pratiques ;

- on charge d'antalgiques en salle de réveil car le patient est « scopé » : il y a une culture à développer, avec un référent médical qui a un double regard, tant en salle de réveil qu'après la salle de réveil pour **faire le lien et la transmission** (formation aux pompes pour les soignants des services, pas que pour les soignants des salles de réveil). Association des services dans le choix du matériel, dans la mise en place des protocoles, etc.

→ **Nécessité de communication et de lien** entre les professionnels de différents services pour garantir une qualité de prise en charge au patient ; transmission des savoirs.

- **prescription modulable** par les soignants selon l'évaluation de la douleur (ordonnance évolutive) pour les douleurs chroniques ; pour la nuit c'est très utile → cf. protocoles dans le cadre des coopérations entre les PS ;

3. Diffusion de la culture de la bientraitance dans les services

La communication doit avoir lieu également dans les services et il faut permettre la valorisation des pratiques bientraitantes.

Limite de la diffusion des pratiques bientraitantes : le personnel est parfois saturé, gestion des priorités, pas forcément de réponse adaptée, pas les moyens → **limites du système** + nécessité que le personnel soit bien traité pour qu'il soit bien traitant.

Tour de table : que feriez-vous en priorité pour favoriser la bientraitance dans votre établissement ?

- réunion pour **faire remonter les difficultés** rencontrées et les idées préconçues (au niveau d'un service ou entre plusieurs services) ;

- **campagne de bientraitance**, quels sont les manques et les forces de la politique de bientraitance dans l'établissement, dimension pluri professionnelle en regroupant les gens par activités semblables pour ensuite faire un projet global au sein de l'institution ;

- **réunions des chefs de pôle + cadres sup'** pour faire le lien entre l'idéal et le concret ; faire émerger des axes d'amélioration ; pluridisciplinarité → question de savoir si on part d'en haut (médecins) ou des soignants, qui sont parfois considérés comme les premiers concernés pas la douleur ;

- **constituer un groupe de personnes de différents services**, personnel soignant (AS et ASH aussi) : demande d'une **définition** et quelles **difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de la bientraitance** (en lien avec douleur) pour enfin dégager des pistes ;

- **promouvoir une culture de bientraitance** dans les services.

Mission bientraitance – groupe 4

Réunion n°4, vendredi 22 octobre 2010, 10h-13h

Compte-rendu

Introduction :

Ordre du jour : compte-rendu final pour le 19 novembre

Nécessité d'avoir une politique de bientraitance au niveau de l'établissement, il faut que cela soit organisé, pour une bonne application par les soignants. Il faut les conditions favorables pour avoir des exigences par rapport à la bientraitance.

Indicateurs certification : il en existe un sur la douleur, mais pas suffisant car pas très exigeant...
Indicateur à retrouver et diffuser → mais quand même un effet de levier important + EPP : ce qui attire en premier c'est la valorisation T2A, à partir du moment où c'est tarifé cela fonctionne.
Pour les médecins : pas valorisés dans leur carrière, préoccupations scientifiques importantes sans beaucoup de temps, responsabilités plus grandes (financier, management...).

Questions des coopérations : les IDE pas forcément sollicitées, les médecins doivent abandonner une partie de leurs prérogatives ce qui est parfois difficile ; transfert d'actes d'un protocole douleur pour un patient douloureux peut être effectué à une ou plusieurs IDE au sein des établissements qui en expriment le besoin. → Obligation d'organiser la PDS dans prise en charge douleur car c'est ce que le patient verra.

Actuellement il n'y a pas de coopérations entre les chefs de pôles, il faut définir une politique entre les pôles pour garantir une prise en charge globale et continue par la suite. Expérience dans un service où les IDE qui orientent les prescriptions si le médecin n'est pas là.

Autre chose importante : il faut faire attention quand on repère des référents (on met des casquettes) mais il faut que tous ceux qui rencontrent le patient soient sensibilisés aux questions de la douleur → permanence et continuité pour le patient.

Question de l'identification des patients ? Transmission de la parole du malade : il faut s'assurer que tous les PS relayent les infos recueillies auprès du patient. Risque douleur doit être identifié chez les patients ? « Ne plus passer sans voir, ne plus voir sans agir » → les problématiques qualité résident dans les interfaces : s'assurer que dans chaque unité on prend en compte douleur mais à chaque fois qu'on passe la porte cela s'arrête...

Evaluation satisfaction : jamais de façon globale mais on prend en compte l'équipe qui l'a pris en charge...

Programme de formation IDE : dans tous les programmes il y a une partie douleur, pas d'UE douleur en tant que telle. → Mettre une UE douleur dans le prg de formation des IDE sur le modèle des études médicales : dans cette UE il devrait y avoir un mode d'évaluation particulier : évaluation sur toute l'année de formation ? Les IDE qui auraient validé cette UE auraient un droit de prescription.

Ex de la pharmacie : antidouleur seulement en 2^{ème} année (sem 3&4) et c'est trop tard car on aura besoin de cela avant.

Proposition faite :

Cette unité nouvelle pourrait s'inscrire dans la compétence 4 : " Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique" et être référencée UE 4.9 S1 (pour information L'UE 4.7 S5 correspond aux soins palliatifs et fin de vie).

Par comparaison de programme, les étudiants en médecine ont un module 6 "Douleur". Il semblerait par conséquent envisageable d'insérer une unité d'enseignement spécifique à la douleur (composantes, éléments d'évaluation et de prise en charge...) dans le programme de formation infirmière et ce, dès le premier semestre. Car la douleur est susceptible d'être appréhendée par l'étudiant dès le premier stage de formation.

Les apports théoriques pourraient être évalués sur la base de l'exactitude des connaissances au semestre 1. Ils pourraient ensuite être de nouveau évalués au cours d'une unité d'intégration; voire de manière transversale sur l'ensemble de la formation.

A terme, la création d'un master "Spécialité Douleur" pourrait voir le jour. Les infirmiers titulaires du diplôme pourraient, sous couvert d'un protocole et d'une réorganisation juridique, prescrire des antalgiques ou participer à la prescription de manière active, c'est-à-dire, être consultés.

On pourrait imaginer que ces infirmiers diplômés avec des notions renforcés sur la douleur pourraient après 3 ans d'expérience par exemple s'orienter sur un master "Douleur".

Douleur une pathologie à part entière ? Cela permettrait de le valoriser en T2A, ce qui n'est pas le cas actuellement.

Les EPP, qui sont médico-soignantes, sont un mode de valorisation de la formation continue : il faut trouver un moyen de valoriser ces méthodes dans le cursus ou carrière des IDE (ex pré-requis pour l'inscription à un master en soins infirmiers). Dynamique qu'il faut raccrocher pour valoriser la prise en charge pluridisciplinaire de la douleur.

Brancardage : petit module douleur à l'IGR, et l'info est transmise dans le SI pour que les brancardiers puissent le prendre en compte dans la prise en charge. ➔ avec de l'info le brancardier fait un peu plus attention, il faut donc transmettre l'info...

Ex prise en charge de la douleur dans le livret d'accueil : la douleur figure dans le livret d'accueil des patients, mais pas forcément dans la formation des personnels à l'accueil des patients ➔ un établissement de santé doit fournir un traitement, si possible bienveillant : mais il y a beaucoup d'obstacles (la nuit, les articulations, etc.) donc il faut : que l'établissement affiche objectifs que les relations soient bonnes entre toutes les composantes de l'hôpital.

Problématique de l'évaluation des ressentis des patients est indispensable même si elle ne règle pas tout : prise en charge douleur reste dans livret d'accueil, questionnaire sortie, autres formes d'évaluation ? Il faut poser la question de la participation du patient et de ses proches car c'est un moyen essentiel de rétroaction sur les prises en charge et pratiques dans un Ets.

Question de l'éducation des patients : les patients ont des droits, l'hôpital ne peut pas tout faire. Campagne info grand public : salle d'attente médecin, pharmacie, etc. Insertion dans le carnet de santé, campagne faite par la sécu, INPES...

Question de l'agressivité : pas encore connu que les gens deviennent agressifs en phase aigue, et notamment à cause de la douleur... Idem pour les proches à cause de la culpabilité, du stress, etc... Cela monte en ce moment mais il faut distinguer : incivilités, tensions professionnelles mais il y a aussi des causes d'angoisse, stress... qui sont dues au contexte de la maladie → ex d'un message apaisant pour calmer a priori les gens

Le patient qui a mal n'est pas en mesure de se plaindre, trop concerné par sa douleur ; c'est la famille qui le fait et souvent quelques semaines après on ne se souvient plus de la douleur et tellement content de s'en être sorti que oublié...

FEI/EIG : attention à ne pas multiplier les fiches ! Si EIG, cela rentre dans EPP et RMM : déclaration comme évènement indésirable il faut encourager à y faire entrer la douleur...

Mission bientraitance – Prise en charge et traitement de la douleur Synthèse des compte-rendus

Personnes ayant contribué aux travaux du groupe 4 :

- **Daniel Annequin**, médecin, unité antidouleur pédiatrique, Hôpital Trousseau (75) ;
 - **Dominique Blet**, médecin, consultations douleur, GCS Ouest Audois, Polyclinique Montréal (11) ;
 - **Steeve Boisdenghien**, cadre infirmier (faisant fonction), IFSI de Saint Denis (93) ;
 - **Véronique Delcour**, IADE, cadre supérieur de santé, Institut Gustave Roussy (94) ;
 - **Catherine Grenier**, cadre de santé IADE, IFSI/IFAS de Saint Quentin (02) ;
 - **Patricia-Anne Gueler**, cadre supérieur de santé, IFSI Robert Ballanger à Aulnay ;
 - **Isabelle Jubin**, IDE, Hôpital Européen Georges Pompidou (75) ;
 - **Geneviève Ladegaillerie**, cadre supérieur infirmier, visiteuse HAS, AP-HP (75) ;
 - **Agnès Lancelot**, aide-soignante, centre hospitalier intercommunal de Villeneuve Saint Georges (94) ;
 - **Anne Montaron**, directrice des soins, Institut Gustave Roussy (94) ;
 - **Nathalie Robin-Sanchez**, Directrice des usagers, des risques et de la qualité, CHU de Nantes (44).
-
- **Michelle Bressand**
 - **Martine Chriqui-Reineke**
 - **Michel Schmitt**

Eléments de cadrage :

➤ Champ du sujet :

Le groupe 4 est chargé de réfléchir à la notion de bientraitance appliquée à la prise en charge de la douleur, le champ étudié est donc large.

Cela induit de se pencher sur **tout le processus de soin**, du diagnostic jusqu'à la sortie, en intégrant les examens médicaux et les soins paramédicaux.

Toutes les professions associées aux soins sont donc concernées, mais les services **logistiques, techniques et administratifs** sont aussi acteurs de la prise en charge de la douleur dans les établissements de santé.

Tous les moments de la vie du patient dans l'établissement de santé sont également étudiés, notamment la nuit et le weekend/jours fériés, périodes durant lesquelles la prise en charge de la douleur doit faire l'objet d'une organisation et d'une attention particulières. La prise en charge de la douleur doit s'inscrire dans une **démarche de continuité des soins** : il s'agit aussi d'anticiper la sortie afin de garantir que la douleur sera traitée après celle-ci.

➤ Méthodologie :

Sur la base de 4 réunions de travail, le groupe a **structuré la réflexion autour des axes proposés par la lettre de mission** : faire émerger une définition de la bientraitance appliquée à la prise en charge de la douleur, identifier les facteurs bloquants et favorisants à cette politique de bientraitance, pour enfin définir des objectifs applicables aux établissements de santé auxquels sont associés des modalités de mise en œuvre.

Définition :

Les réflexions du groupe ont abouti à dégager quelques éléments de définition de la bientraitance, plus particulièrement appliquée à la prise en charge de la douleur :

- la bientraitance est une notion qui repose sur **un socle de valeurs** qui doivent être présentes à l'esprit de tous les professionnels de l'établissement. Ces valeurs doivent être portées au niveau de l'établissement, des pôles d'activité, afin qu'elles soient diffusées et reprises par tous les personnels.

- la bientraitance doit être **une attitude**, intégrée à la pratique, de telle sorte qu'elle soit ancrée dans les habitudes et devienne un mode d'exercice de toutes les professions associées aux soins. Etre bien traité est de **l'ordre de la nécessité**, c'est-à-dire un besoin fondamental.

- la bientraitance doit être **rapprochée d'autres principes** : la bienfaisance, l'autonomie, la justice, et toutes autres notions qui s'appuient sur des valeurs **d'humanisme** ;

- la prise en charge et le traitement de la douleur sont des pré requis à la bientraitance.

Éléments de réussite de la politique de bientraitance :

➤ Facteurs bloquants :

1. Dimension managériale et ressources humaines

Le groupe a d'abord soulevé que la **valorisation financière des pratiques bientraitantes** (via la tarification à l'activité) n'était pas assez mise en œuvre. Si on ne met pas en avant les compétences, les savoir-faire, les dynamiques en faveur d'une politique de bientraitance appliquée à la douleur, celle-ci ne sera jamais réellement ancrée dans les pratiques professionnelles.

Ensuite ce sont les **difficultés de positionnement et d'image** des professionnels de santé qui ont été identifiées :

- les **paramédicaux**, notamment les infirmiers, qui assurent la permanence au chevet du malade ne disposent **pas d'une autonomie suffisante** leur permettant **d'agir en temps réel** sur la douleur ;

- **l'image que les professionnels** ont de l'exercice de leur métier peut varier dans le temps : après quelques années d'exercice, **l'idéal soignant** peut être notamment dépassé par la réalité du terrain, ce qui suscite des crises de vocation, nuisibles à l'application d'une politique de bientraitance.

Enfin, la **dimension managériale** a été évoquée : la politique de bientraitance ne peut être correctement mise en place que si le personnel est lui-même bien traité. La bientraitance doit être **portée au plus haut niveau**, tant par les équipes de direction que par les instances, et relayée par l'encadrement, médical et paramédical, qui a un rôle prépondérant dans le management des équipes.

2. Dimension stratégique et organisationnelle

L'un des premiers facteurs de blocage organisationnel identifié par le groupe est le fait que les équipes soignantes, au sein d'un service, ont parfois tendance à **ne s'occuper que de la**

pathologie pour laquelle le patient est admis, sans prendre en compte la douleur préexistante ou liée à l'hospitalisation.

Par ailleurs, la **non transmission d'information** au patient et à ses proches est aussi un facteur bloquant.

En matière de communication, lorsque les **transmissions** entre équipes et entre professionnels ne sont **pas réalisées** ou le sont **de façon incomplète**, l'objectif d'une prise en charge bien traitante ne peut être atteint.

Il a été remarqué que le **recours systématique à une expertise externe au service** (par exemple une équipe mobile douleur) peut amener les professionnels au chevet du malade à ne plus être porteurs du **projet de soins dans toutes ses dimensions**.

La **lisibilité de la politique de bientraitance** appliquée à la prise en charge de la douleur a aussi été évoquée : en effet, il y a aujourd'hui beaucoup d'indicateurs et de mesures relatives à la prise en charge de la douleur, qui ne sont pas tous concrètement mis en œuvre.

Enfin, si la bientraitance n'est pas ancrée comme étant une **dimension fondamentale et structurante de la prise en charge du patient**, elle n'est pas mise en œuvre et considérée comme une priorité.

➤ Facteurs favorisants :

1. Dimensions managériale et ressources humaines

En termes de management, c'est l'exemple de **l'intéressement des équipes et des pôles d'activité** aux pratiques bien traitantes qui a été cité en premier comme facteur favorisant la bientraitance. En effet, lorsque les équipes savent que la mise en place d'une politique de bientraitance aura des retombées positives, c'est un élément de motivation.

La **valorisation des pratiques bien traitantes** peut être aussi instituée : elle peut par exemple passer par un affichage des résultats d'un pôle d'activité, un plan de communication autour des activités spécifiques mises en place, ce qui renforce l'attractivité du pôle, tant du point de vue des patients que du personnel.

Enfin, la **formation des professionnels** a été identifiée comme un facteur favorisant : les professionnels formés aux pratiques bien traitantes sont d'autant plus sensibilisés et mettent en œuvre plus facilement la politique de bientraitance de l'établissement.

2. Dimensions stratégique et organisationnelle

La mise en place de **temps d'échanges interprofessionnels** autour de la notion de bientraitance a également été identifiée comme facteur favorisant. En effet, les professionnels, en bénéficiant de temps pour échanger leurs expériences, leurs points de vue, et avoir un regard autocritique sur leurs pratiques progressent vers l'objectif de bientraitance.

Le rôle fondamental de la **transmission d'information** a été soulevé :

- **entre le patient, ses proches et les professionnels de santé** : lorsque l'information circule bien, que le patient exprime sa douleur, que les professionnels de santé l'écoutent, lorsque la douleur est évaluée puis réévaluée tout au long de la prise en charge, l'objectif de bientraitance

peut être plus facilement atteint ; de même, lorsque les professionnels de santé expliquent le protocole aux patients ;

- **entre les équipes** : lorsque l'information est transmise aux différents professionnels qui ont la charge du patient à un moment donné de son parcours (kinésithérapeutes, brancardiers...), les pratiques bientraitantes sont effectivement mises en œuvre.

L'importance des médiations a été évoquée : tous les dispositifs censés recueillir les avis et plaintes des patients permettent de faire remonter les bonnes ou mauvaises pratiques et de les faire évoluer par la suite, vers l'objectif de bientraitance appliquée à la prise en charge de la douleur.

Enfin, dans la perspective d'une **plus grande autonomie des professionnels paramédicaux** et d'une permanence de la prise en charge de la douleur, la pratique des **prescriptions modulables** a été avancée : les paramédicaux disposent, grâce à cette pratique, de l'opportunité de faire évoluer le protocole de prise en charge en fonction de la douleur ressentie par le patient.

Objectifs et modalités de mise en œuvre :

OBJECTIFS PROPOSES AUX ETABLISSEMENTS

Objectif n°1.

Inscrire la prise en charge de la douleur comme élément incontournable de la politique de bientraitance. Considérer la prise en charge de la douleur comme un investissement pour l'établissement.

Mise en œuvre :

- inscrire cet élément dans le **projet d'établissement** ;

- mettre en place un **plan de communication** autour de la qualité de service et plus particulièrement de la bientraitance : affichage des résultats de l'établissement et des différents pôles notamment ;

- **refondre la politique de management** : notamment repenser le positionnement des cadres, intégrer le management de la dimension intergénérationnelle ;

- **clarifier les organisations et la clé hiérarchique**, de façon à donner aux patients et à leurs proches une idée claire des interlocuteurs responsables en matière de bientraitance et de qualité de service ;

Objectif n°2.

Développer au sein des établissements de santé, dans tous les secteurs d'activité, une véritable culture, un état d'esprit de bientraitance.

Mise en œuvre :

- mettre en adéquation **la politique d'achat** avec l'objectif de bientraitance, afin de garantir un **matériel adapté** à la prise en charge de la douleur des patients ;

- mettre en place des **temps d'échanges interprofessionnels**, qui permettront le partage d'expériences et l'évolution des pratiques ;
- mettre en place des **groupes de travail interprofessionnels** qui seront chargés de faire l'état des lieux des pratiques, puis de proposer des solutions et leurs méthodes d'évaluation ;
- intégrer les valeurs et pratiques qui soutiennent la bientraitance au sein de la **politique « ressources humaines »** de l'établissement ;
- faire en sorte que les personnels médicaux et paramédicaux, comme les personnels des services logistiques, techniques et administratifs, soient **imprégnés de la culture de la bientraitance** et en particulier pour la prise en charge de la douleur ;
- **identifier et valoriser les pratiques bientraitantes** au sein de l'établissement.

Objectif n°3.

Garantir une permanence de la prise en charge de la douleur, à toutes les étapes du parcours patient, tant le jour que la nuit, la semaine que les weekend et jours fériés.

- mettre en œuvre **l'évaluation systématique de la douleur**, à tous les stades de la prise en charge ;
- **développer les coopérations** entre les professionnels de santé, au sens de la loi HPST, dans le cadre de la prise en charge de la douleur.
- **préparer le retour à domicile ou le transfert des patients** pour optimiser la poursuite de la prise en charge de la douleur des patients hors de l'établissement.

OBJECTIFS PROPOSES AUX AUTORITES NATIONALES ET REGIONALES

Objectif n°1.

Mieux valoriser l'évaluation et le traitement de la douleur.

Mise en œuvre :

- intégrer l'évaluation et le traitement de la douleur dans la **tarification à l'activité** ;
- réactiver et faire évoluer le **plan douleur au niveau national** ;
- mettre en place un **suivi des indicateurs** au niveau régional par les ARS ;

Objectif n°2.

Supprimer les freins au traitement de la douleur.

Mise en œuvre :

- **assouplir et simplifier la réglementation** relative à la prescription, la délivrance et l'administration des médicaments de lutte contre la douleur ;
- s'appuyer sur les **outils de la certification HAS** pour garantir la bientraitance aux patients et à leurs proches, tout en **étouffant le niveau d'exigence**.

Objectif n°3.

Développer la connaissance du grand public aux questions de la douleur et de la bientraitance.

Mise en œuvre :

- mettre en place un plan de communication national et régional.

Objectif n°4.

Inscrire la prise en charge de la douleur comme un élément fondamental de la formation des professionnels de santé

Mise en œuvre :

- mettre en place une unité d'enseignement spécifique à la prise en charge de la douleur dans le programme des études d'infirmier.

GROUPE 5 :

***"ACCOMPAGNEMENT DE LA PERSONNE EN FIN DE VIE
ET DE SES PROCHES"***

PILOTÉ PAR : MARTINE CHRQUI-REINECKE

DATES DES RENCONTRES :

28/09/10 - 05/10/10 - 11/10/10 - 20/10/10 - 19/11/10

Groupe 5 : Accompagnement de la personne en fin de vie et de ses proches

Mardi 28 septembre 2010

Coordination : M. CHRIQUI-REINECKE

Rapporteurs : W. BEN BRAHIM et J. BERTRAND

Présentations des membres :

- ❖ Marilyn KALFA, gériatre, intérêt pour la culture de l'éthique et de la bientraitance, Hôpital Cité des Fleurs Diaconesses.
- ❖ Marie SAINT-LEGER, psychosociologue, regard sur le fonctionnement du groupe
- ❖ Anne-Marie TREBULLE, Directrice des Soins, expérience en réanimation chirurgicale
- ❖ Mélanie BLOCIER, Aide-soignante dans différents services
- ❖ Anne –Marie TREBULLE, Directrice des Soins, Maison Médicale Jeanne Garnier, a fondé l'association PALIAPLUS
- ❖ Bernard DEVALOIS, médecin anesthésiste,
- ❖ Martine NECTOUX, infirmière clinicienne , observatoire national de la fin de vie, et activité en équipe mobile de soins palliatifs (dans un réseau de gérontologie) à domicile
- ❖ Patrick JAVEL, CS réseau respavie
- ❖ Arnaud DRAY, médecin, en charge de PA dans 2 EHPAD avec espérance de vie <2 ans
- ❖ Anne-Marie DICKELE, Psychologue unité mobile soins palliatifs montpellier, recherches sur les antécédents de mort néonatale, comité national d'éthique
- ❖ Marie QUINQUIS, bénévolat d'accompagnement dans l'association Rivage (cofondatrice) intervention en institution et à domicile, travail autour de la fondation des diaconesses de Ruy
- ❖ Nouredine SHILI, psychologue clinicien, travail dans deux structures de soins palliatifs
- ❖ Françoise FORCIOLI, déléguée ANFH, travail sur la bientraitance et l'accompagnement des plus anciens.
- ❖ Bernard FAROUZ, consultant formateur sur l'accompagnement fin de vie, ancien psychologue dans des unités fixes et mobiles et soins palliatifs,
- ❖ Léo GHIGHA, IDE + DU soins palliatifs
- ❖ Maryvonne BITAUD, directeur, membre de comités de santé publiques, ancienne présidente régionale ANFH, vice-présidente de Respavie,
- ❖ Michèle SALAMAGNE, médecin en unité de soins palliatifs
- ❖ Martine CHRIQUI-REINECKE, psychologue, coordinatrice du groupe, direction d'un organisme de formation continue à destination des professionnels de santé (thème douleurs, accompagnement de la fin de vie, actions dans le cadre du plan MATTEI, canicule, respect du désir de la personne âgée)
- ❖ Michel SCHMITT, médecin Radiologue, travail avec un EHPAD et une structure de fin de vie, intérêt à la bientraitance en MCO depuis 5 ans.
- ❖ Walid BENBRAHIM, élève Directeur d'Hôpital, rapporteur
- ❖ Juliette BERTRAND, élève Directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social, rapporteur

Présentation de la mission :

2011 : année des patients et de leurs droits. Le lancement médiatique aura lieu le 5 octobre prochain lors d'une conférence de presse tenue par Mme Roselyne Bachelot-Narquin.

L'ensemble des missions ne concerneront que les établissements de court séjour type MCO car il a déjà été grandement exploré la question de la bientraitance dans le secteur médico-social et social. Il s'agit donc de proposer des actions pour le secteur sanitaire.

L'ensemble de cette réflexion se déroulera autour de trois missions :

- Les droits des patients : comment améliorer la connaissance que le grand public peut et doit avoir de ces droits quant à l'accès aux soins, aussi bien pour des populations hautement vulnérables ou la petite enfance. Cette mission s'inscrit pour des établissements de court séjour type MCO.
- La bientraitance : il s'agit de proposer à terme des recommandations de bonne pratique. La forme reste à définir mais il faut rester au plus près des équipes afin que celles-ci puissent s'approprier ces recommandations. La mission est divisée en 5 groupes de travail sur différents thèmes
- Les modalités d'accès à l'information : quel accès pour l'utilisateur via les nouvelles technologies au savoir médical ? cet accès peut modifier le positionnement du patient et la relation soignant/soigné. Pour cette mission Mme Le Ministre souhaite l'analyse des incidences des évolutions technologiques sur les attentes et les comportements de tous.

Notre mission est donc celle de la bientraitance. Chacun des cinq groupes la composant se réunira 5 fois. Il faudra retrouver en filigrane certaines valeurs fondamentales pour la bientraitance telle que le respect de l'autre. L'objet de la rencontre d'aujourd'hui est de définir ensemble ce qu'est la bientraitance. Ce travail a déjà été mené par l'ensemble des autres groupes. Chacune des définitions sera transmise aux autres groupes afin que chacun puisse enrichir sa propre définition. La deuxième rencontre portera sur les valeurs qui véhiculent la bientraitance. La troisième rencontre portera sur les spécificités de la bientraitance en fin de vie. Lors de la quatrième rencontre, nous tenterons de répondre à la question : comment développer une culture de la bientraitance et quels en sont les moyens ?

La dernière rencontre du 19 novembre sera l'objet de la rédaction d'une synthèse qui sera reprise dans le rapport qui sera remis à Mme Bachelot-Narquin à la fin du mois de novembre.

Il a été porté à la connaissance du groupe un travail réalisé sous la forme d'une revue de littérature « autour de la bientraitance » par Nadia Péoc'h, cadre supérieure de santé. Elle fait le constat qu'il n'y a pas de définition de la bientraitance sauf si on reprend des termes anglo-saxons avec le concept du « care » et de sa sémantique riche (*care about, taking care of, care-giving, care-receiving*). L'attention du groupe est également attirée sur le Rapport remis à l'HAS sur « la maltraitance ordinaire » rédigé par Claire COMPAGNON et Véronique GHADI.

Il est demandé à l'ensemble des membres du groupe de porter à la connaissance de tous, tous les documents ou initiatives particulières qu'ils peuvent connaître.

Discussion autour de la bientraitance :

La question de la violence envers les équipes sera abordée. Cette violence peut venir du niveau de management mais également des patients et/ou leurs familles. Les équipes doivent pouvoir être protégées pour assurer la meilleure prise en charge possible. Cette violence et la maltraitance existe en établissement mais est parfois plus insidieuse quand elle se déroule à domicile.

La violence faite au personnel de santé est souvent la résultante d'une violence ressentie par les familles sans qu'il y ait intention de violence (ex/ rendre les effets personnels d'une personne décédée dans un sac pouvant être assimilé à un sac poubelle). Ce sont un ensemble d'actes d'absence de bienveillance qui peuvent engendrer de la violence chez les familles. Il faut donc réfléchir au processus dans son ensemble, prendre le temps de parler aux familles, le temps de l'explication pour éviter tout ressenti négatif pouvant engendrer une violence envers le personnel.

Le ressenti a donc une part importante. Les équipes peuvent avoir un ressenti de bienveillance qui sera perçu comme agressif et parfois violent par les familles et les personnes soignées. La réalité de la souffrance et de la mort est une violence en soit pour les personnes soignées et leurs familles. Il faut donc réfléchir à comment les équipes peuvent ne pas ajouter de violence à cette violence naturelle.

Rendu des thèmes exposés en sous-groupe :

Lors de cette séance il a été demandé au groupe de travail de se diviser en trois sous-groupes afin de discuter de la vision que chacun peut avoir de la bienveillance au travers des expériences et réflexions individuelles.

Sous-groupe A :

La bienveillance est une culture qui consiste à aller vers l'autre, le respect du désir de l'autre, de ses désirs fondamentaux, de son histoire, de sa dignité. Il s'agit d'une manière d'être des professionnels avec une série d'acte. La culture du questionnement permanent est nécessaire. Il ne faut pas s'enfermer dans l'idéalisation car cela peut conduire au risque d'une culpabilisation majeure des professionnels. La notion de partage est très présente. Il faut se souvenir dans la relation à l'autre « et si c'était moi ? ou si c'était les miens ? » tout en étant conscient que l'on y est pas => empathie. Il faut agir justement et au bon moment dans une démarche d'adaptation. C'est une dynamique qui exige de la réflexion permanente et des collaborations continues en réponse à un besoin identifié et ponctuel. La notion de mouvement est importante : c'est une logique qui ne peut être figée. Il n'y a pas de fin à la bienveillance.

La bienveillance ne peut se résumer à une liste d'actions. Il s'agit au contraire d'une dynamique visant à satisfaire autrui dans ses besoins à un moment opportun.

Sous-groupe B :

Le terme bienveillance fait référence à la bienveillance et à la maltraitance sur internet. Ce terme n'est pas habituel et il est essentiellement attaché au champ du soin ; il peut donc porter une connotation faisant le procès du soin.

Il faut une parfaite maîtrise du savoir professionnel de la part du soignant. C'est la façon de le faire et de l'accompagner (savoir social et collectif). L'autre fait parti du même groupe que soit.

Cette technique est à la fois le savoir faire du geste et de la connaissance mais c'est également un savoir faire et un savoir être humain. C'est un code (politesse, courtoisie, bienséance, mêmes codes sociaux). C'est également un état d'esprit, des petites choses, une façon d'être à l'autre une façon de le regarder et de ne pas en avoir peur. Une façon de se mettre au service à l'autre non pas comme servitude mais dans l'idée de l'aider dans un moment difficile.

Les mots ont leur importance : comment dire ? Comment donner l'information ? Comment informer sans ajouter de la souffrance ?

Penser le soin et la démarche du soin : des soins réputés bienveillants peuvent être perçus comme maltraitants. Quel sens ?

Sous-groupe C :

D'une manière générale, la bienveillance sous-entend une notion positive. La bienveillance n'est pas seulement ne pas maltraiter. C'est une notion bornée à ne pas confondre avec les notions proches comme bienveillance. C'est une notion subjective en rapport direct avec le patient, en rapport avec un besoin à un moment donné auquel il faut répondre. Des soins réputés bienveillants peuvent être perçus comme maltraitants.

La bientraitance est une notion évolutive s'adaptant au patient, ses désirs, dans le respect de sa dignité. Il est nécessaire de douter, de se remettre en question car la perception de la maltraitance n'est pas toujours évidente ou conscientisée. Il est donc nécessaire de partager en équipe ce questionnement afin d'évaluer ses actes dans une logique de bientraitance.

Cette notion repose sur un socle de valeurs. Elle est difficile à appréhender car elle dépend de la subjectivité du ressenti de chacun.

Appliquée à la fin de vie :

Dans un contexte de fin de vie, une attention particulière est portée à la bientraitance du malade. Cette démarche pourrait servir d'exemple à suivre dans d'autres secteurs d'activité à l'hôpital. En effet, dans d'autres contextes, l'espoir et la perspective de guérison possible peuvent engendrer une plus grande tolérance au manque de bientraitance ce qui est moins probable lorsque la personne se sait « condamnée ».

La demande d'euthanasie peut parfois refléter un insupportable à vivre qui est projeté sur les soignants en les considérant comme maltraitants. Cette demande est formulée avec la conviction que l'euthanasie est LA réponse bientraitante à la souffrance du malade et/ou de ses proches. La dimension émotionnelle et affective, très prégnante dans ces situations est donc à prendre en compte tant pour les soignants que pour le malade et son entourage. La bientraitance s'inscrit dans une réflexion sur le sens donné aux soins.

Mission Bienveillance – groupe 5

Réunion 2, le mardi 5 octobre 2010, 14h-17h
Compte-rendu

Introduction :

Rappel de la commande sur la base de la lettre de mission. Question supplémentaire : thème du groupe est au cœur de la bienveillance mais aussi la qualité de service dans la lettre de mission. Il faudrait aborder cette question de la qualité de service aujourd'hui, tant à l'hôpital public qu'en clinique privée.

Tour de table et présentation rapide des participants.

1. Eléments de définition de la bienveillance :

Sous-groupe 1 :

Notion de qualité de service : prise en charge globale satisfaisante du patient de son entrée à sa sortie de son entrée à la sortie de la structure.

- qui s'adapte : le patient au système ou le contraire ?
- vie de groupe nécessite des règles : droits et devoirs sont pour tous ; les règles de citoyenneté sont en vigueur à l'hôpital pour tous ; démarche qualité ne garantit pas la valorisation de l'approche de la personne, les procédures peuvent déresponsabiliser les personnes ; le recrutement n'est pas forcément résultante d'un choix réfléchi, tient à la contingence
- les drh ne connaissent que peu les pratiques soignantes
- pénuries de personnels : répartition entre suffisamment de personnes ; stabilité d'une équipe est soit un frein (autarcie) ou un moteur si elle est motivante
- service rendu : ensemble que ce que donne un établissement, tient à la personnalité du patient ;
- ressenti en court séjour : plutôt par rapport à l'équipe médicale et soignants du service concerné ;

En long séjour le ressenti est plutôt par équipe pluridisciplinaire de prise en charge ;

- qualité : faire travailler les gens ensemble

Sous-groupe 2 :

- qualité de service : partir des besoins des patients, peut on y répondre avec l'offre que l'on a ; des établissements sont bienveillants, mais il leur manque des choses pour que la panoplie soit complète ; on peut avoir des attitudes de bienveillance, mais si pas tous les services possibles pas bonne qualité de service... Si patient avec douleur, si pas capable de faire bon traitement on n'a pas une bonne qualité service ;

Un établissement peut être « nickel » sur qualité service mais maltraitant

Bienveillance est-ce la même chose que qualité de service ?

- qualité de service au niveau institutionnel c'est différent de la qualité de service au niveau des soignants ;
- il y a une zone commune, entre les deux notions, mais des zones de divergences.

Qualité de service : approche technocratique, organisationnelle, codification... alors que bienveillance c'est plus dans le cœur de métier de l'hôpital. Image du fromage et/ou dessert pour parler de la bienveillance et/ou qualité de service.

Définition qualité de service : concept de gestion, avec pour but d'optimiser : terme qui vient de l'informatique, on optimise les structures, l'organisation et les compétences pour offrir au patient les meilleures conditions ;

Mauvaise qualité de service = incapacité collective de répondre aux besoins exprimés, car on est dans le ressenti ; évaluation qualité service : on est dans le domaine du marketing de service, évaluation des « 3 P » : Personnel, Process, supports Physiques.

Bientraitance : on s'occupe de quelqu'un, politique de soins individualisée, personnalisée.

Pour le soignant : comment être bientraitant, comment ne pas blesser, difficile dans certains services... Chacun a son domaine de prédilection et travail en équipe important

Bientraitance : notion subjective, point de vue de la relation patient/soignant ; on parle d'une relation entre un soignant et un patient ; repose sur des valeurs et implique une dimension d'organisation

Qualité de service : notion plus objective, mesurable, point de vue du client/prestataire de service ; implique une dimension organisationnelle, factuel, organisationnel, offre de soins

- qualité service : implique aussi une compétence professionnelle dans management et organisation : roulement bon, pas de manque de professionnels, offre de chambre simple.

- qualité = offre de soins ? La notion plus complexe, on ne pas retirer l'offre, mais ne se limite pas à ça : pas forcément une somme de choses, si il y a une bonne écoute dans un service, on ne trouvera pas dommageable qu'il n'y a pas de psycho...

- lien avec le service : il faut des pré-requis pour que le service soit acceptable (ex d'un psycho en oncologie) → peut-on tout avoir ?

Malgré les différences de définition, on ne peut pas être bientraitant sans qualité de service, et pas de qualité de service sans bientraitance.

2. Identification des pratiques favorables et des freins à la bientraitance et à la qualité de service

Sous-groupe 1 :

- recrutement : recruteur doit questionner sur les valeurs de la personne

- management : doit stimuler et transmettre des valeurs + passer par apprentissage de pratiques

- formations obligatoires sur bientraitance : permet de connaître son rôle dans prise en charge bientraitante, etc.

- réflexion dans les structures sur l'accueil et la prise en charge des patients + sur les intégration des nouveaux professionnels (intérim)

- audit internes sur les points clés et sur mise en place de lieux de paroles (groupes d'échange : de parole, d'analyse de pratique, de réflexion éthique...)

- laisser une place à l'entourage, travailler sur communication du patient et entourage, + réflexion sur l'annonce ;

- intégrer les partenaires de la société civile : bénévoles, accompagnants car permet d'avoir un autre regard ;

- flexibilité des protocoles et procédure pour les adapter aux cas ;

- intégration de la bientraitance dans les projets de service et d'établissement

- assurer la sécurité du patient, l'accompagner pour qu'il retrouve une autonomie, stabiliser les procédures de décès.

Sous-groupe 2 :

Les pratiques favorables dans l'accompagnement post-décès :

A écrire : responsabilité de l'hôpital ne s'arrête que quand les services funéraires ont pris le relais : ne doit pas s'arrêter au décès du patient.

Unité soins palliatif qui ne peut pas offrir une organisation satisfaisante pour la conservation des corps, on est maltraitant envers la famille, problème organisationnel et de qualité de service. Montre que la bientraitance et qualité de service ne s'arrêtent pas à un décès...

Ex : Délai de 48h pour une chambre après décès : c'est une forme de bientraitance pour la famille et les proches... Débat sur ce délai de carence lit après décès : problème d'organisation, dilemme du lit vacant pour les patients qui attendent de la place. Volet T2A : si séjour qui se termine par un décès on rajoute un jour, on pourrait régler le problème...

Contre ex d'un homme mort dont la femme a tout de suite voulu emmener le corps à la chambre mortuaire.

Dans tous les cas il faut laisser la possibilité de le faire, sans forcer la famille à respecter le délai : rester ouvert sans obliger.

Si l'accompagnement du patient (quand il est vivant et une fois mort) est fait : le personnel est plus épanoui, donc moins d'absentéisme par la suite... ce qui entraîne un gain économique par la suite pour l'hôpital.

L'implication des soignants est fondamentale : le médecin répond aux questions des familles pendant la toilette. Les soins post-mortem peuvent être faits pas les soignants du service, cela permet de réaliser le deuil et favorise le bien être des personnels.

Mise en place d'un rituel laïc quelques semaines ou mois après décès : reprise de tous les décédés, en civil, sur 100 patients 80 complètement oubliés...

Cérémonie pour les patients décédés : tous les 3 mois, 160 personnes qui viennent...

Les pratiques favorables sur l'acceptation de l'autre et de ses différences :

Difficulté c'est que l'on parle de la fin de vie, mais au moment de la mort il y a des choses difficiles à proposer (culte, vêtements...); la dimension spirituelle est importante : certains aumôniers disent que c'est plus facile dans les autres unités que les unités de soins palliatifs... Dans les USP : ouverture des PS sur cette question de la spiritualité, a droit au secours d'un ministre du culte, quel qu'il soit... Valeur de laïcité est importante.

Prise en compte de la spiritualité de l'autre dans une démarche de laïcité ouverte.

3. Objectifs pour les établissements, les ARS et autres institutions pour favoriser la bientraitance et la qualité de service

Sous-groupe 1 :

- besoins fondamentaux : respect autre et de sa différence, de sa singularité,
- respect du patient et de son histoire
- respect dignité (laver les mains après repas)
- respect du choix dans les protocoles de soins

- écoute
- respect et accompagnement du deuil
- courage de dire ce qui ne va pas
- juste proximité
- développement d'une relation de confiance
- respect du rôle et de la responsabilité de chacun
- prise en charge de la douleur

Sous-groupe 2 :

Réflexion sur les valeurs amorcée par l'anecdote du pompier qui se sacrifie pour récupérer le corps d'une fillette décédée, la mère voulait récupérer le corps, finalement le corps n'est pas récupéré et le pompier est mort : les valeurs du pompier l'ont poussé à tenter ce geste, mais pour un résultat pire encore que la situation initiale.

Comment mettre en œuvre les valeurs du soin dans une démarche de bientraitance ?

Le problème est que les valeurs soignantes pas forcément bientraitantes : se pose surtout quand les valeurs entrent en conflit : quand un patient veut quelque chose et on sait que ce n'est pas bien pour lui... Qu'est ce que le plus important : respect du patient et de ses croyances ou ce qui est bon pour lui ? ex de la demande d'un patient de ne plus souffrir et de la famille de lui remettre la perf : sortie acceptée pour protéger l'équipe... les valeurs sont heurtées et pas forcément bientraitant pour le malade...

Les valeurs des soignants doivent être mises en avant pour favoriser la bientraitance et la qualité de service, mais cela pose parfois des difficultés face à des situations dans lesquelles les valeurs entrent en conflit.

La laïcité semble être une valeur fondamentale pour favoriser les pratiques bientraitantes, notamment dans les unités de soins palliatifs.

4. Modalités de mise en œuvre dans les établissements de santé

Groupe 5 : Accompagnement de la personne en fin de vie et de ses proches

Lundi 11 octobre 2010 – 10h/13h

Coordination : Martine CHRIQUI-REINECKE

Rapporteur : Pauline FLORI

Etaient présents :

- ❖ Marie SAINT-LEGER, psychosociologue, regard sur le fonctionnement du groupe
- ❖ Anne-Marie TREBULLE, Directrice des Soins, expérience en réanimation chirurgicale
- ❖ Mélanie BLOCIER, Aide-soignante dans différents services
- ❖ Martine NECTOUX, IDE, observatoire national de fin de vie, et activité en équipe mobile de soins palliatifs à domicile
- ❖ Patrick JAVEL, CS réseau respavie
- ❖ Arnaud DRAY, médecin, en charge de PA dans 2 EHPAD avec espérance de vie <2 ans
- ❖ Anne-Marie DICKELE, Psychologue unité mobile soins palliatifs montpellier, recherches sur les antécédents de mort néonatale, comité national d'éthique
- ❖ Marie QUINQUIS, bénévolat d'accompagnement dans l'association Rivage (cofondatrice) intervention en institution et à domicile, travail autour de la fondation des diaconesses de Ruy
- ❖ Maryvonne BITAUD, directeur, membre de comités de santés publiques, ancienne présidente régionale ANFH, vice-présidente de Respavie,
- ❖ Michèle SALAMAGNE, médecin en unité de soins palliatifs
- ❖ Martine CHRIQUI-REINECKE, psychologue, coordinatrice du groupe, direction d'un organisme de formation continue à destination des professionnels de santé (thème douleurs, accompagnement de la fin de vie, actions dans le cadre du plan MATTEI, canicule, respect du désir de la personne âgée)
- ❖ Angèle MARCEROU, IDE référente douleur, Service Soins Palliatifs, Hôpital Joseph Ducoing Toulouse
- ❖ Dominique GILLAIZEAU, Représentant des usagers, CHR Bordeaux

Etaient excusés :

- ❖ Bernard DEVALOIS, médecin anesthésiste
- ❖ Marilyn KALFA, gériatre, intérêt pour la culture de l'éthique et de la bientraitance, Hôpital Cité des Fleurs Diaconesses.
- ❖ Nouredine SHILI, psychologue clinicien, travail dans deux structures de soins palliatifs
- ❖ Françoise FORCIOLI, déléguée ANFH, travail sur la bientraitance et l'accompagnement des plus anciens.
- ❖ Léo GHIGHA, IDE + DU soins palliatifs

Avant-propos :

En attendant la plateforme officielle du ministère, Walid BENBRAHIM a créé provisoirement une plateforme sur laquelle tous les documents sont accessibles :

- Les comptes-rendus des réunions de tous les groupes
- Les documents liés à la conférence de presse (dont le discours du ministre)
- Le document de Yannis CONSTANTINIDÈS

I) Reformulation d'une définition de la bientraitance et valeurs

Chaque groupe a travaillé sur la définition de la bientraitance ; on peut distinguer quatre axes :

- 1) La dimension « institution » = la bientraitance dans les établissements
 - annonce claire d'un projet d'établissement actant d'une démarche de bientraitance
 - projet architectural
 - convivialité

- 2) La dimension du « professionnel » :
 - travail sur les valeurs
 - conscience de l'inégalité de l'échange
 - valeurs humanistes
 - soins de qualité : maîtrise de l'acte technique
 - Savoir parler, politesse
 - Formation à la distance, respect des histoires de vie
 - Formation tout au long de la vie : réactualisation des connaissances

- 3) La dimension « managériale » :
 - Besoin que le projet soit porté par des cadres
 - Recrutement
 - Valorisation des compétences
 - Comment les cadres vont faire passer le message qu'il existe des plus-values aux pratiques bientraitantes ?

- 4) La dimension « protection des équipes » :
 - Application primordiale des droits du patient
 - Nécessaire réciprocity d'échanges respectueux patients/soignants
 - Crainte de l'épuisement des professionnels

II) Identifier et valoriser les pratiques bientraitantes

Comment faire travailler les équipes sur les valeurs de la bientraitance ? Comment décliner la bientraitance au quotidien ?

- ➔ Faire travailler les équipes sur le projet d'établissement. Un tel projet est un composé de plusieurs projets : le projet médical, le projet de soins, le projet social, etc.... Ainsi, les équipes de tout l'établissement sont concernées et ce travail permettrait de trouver un « socle commun ».
Par exemple, l'équipe « espace vert » d'un établissement a mené une réflexion sur la catégorie des plantes à mettre dans le jardin de leur hôpital psychiatrique car certains patients mangeaient les plantations. Au lieu de ne plus rien mettre en terre, la question du « quoi cultiver » pour le bien-être des patients a été posée par cette équipe.

- ➔ Utiliser la démarche qualité. On tend vers la bientraitance en recherchant la qualité. ...

Quel est l'intérêt de faire travailler les équipes sur les valeurs ?

Il est important de travailler sur le sens de ce que l'on fait. Il faut que les équipes soignantes, médicales et administratives puissent dire « non » au nom du malade et dans la perspective de faire changer les choses. Or, le fonctionnement des organisations peut être parfois taylorique et il est primordial de créer des groupes de travail pluridisciplinaires pour faire changer les choses. Par exemple :

- Dans un centre hospitalier, tous les patients étaient réveillés à 6h pour des bilans alors que certains pouvaient attendre plus tard dans la matinée. Il a fallu revoir toute la chaîne et travailler ensemble.
- La question de la toilette : Y a-t-il une règle qui dit qu'il faut faire une toilette quotidienne ? Certaines personnes ont des habitudes de toilette au lavabo, au gant et le fait de prendre une douche peut être vécu de façon violente.
- La question de l'animation : important de permettre la participation mais il ne faut pas la forcer. Il serait maltraitant de forcer quelqu'un à jouer au ballon alors même que cette personne n'a jamais aimé jouer.

III) Proposer des modalités de mise en œuvre

Dans cette partie, il est proposé de travailler en sous-groupe sur les modalités de mise en œuvre de cette démarche visant à promouvoir la bientraitance en prévoyant notamment des mesures d'engagement et d'accompagnement durable de l'ensemble des acteurs et des équipes.

1^{er} sous-groupe :

Le travail du groupe a eu lieu autour du retour d'expérience de Patrick Javel et du Réseau Respavie, réseau mis en place en 1998 dans les pays de Loire où 83 établissements sont devenus membres (cf modèle de contrat disponible sur la plateforme). Ce réseau fut créé à l'initiative des tutelles et de la région. Il repose sur un financement « Mission d'Intérêt Général ».

A l'instar du réseau « Respavie », quels sont les leviers possibles ?

- un « contrat » entre directeurs d'établissement, ARS et réseaux
- des référents dans chaque établissement
- des outils de communication : affiches, informations envoyées avec fiches de paie, classeurs dans salles de soins
- des groupes de paroles et d'analyse des pratiques
- une nécessaire implication des médecins mais surtout des chefs de service pour un investissement durable
- des réunions pluridisciplinaires régulières
- des revues morbi-mortalité (RMM)

2^{ème} sous-groupe

Dans les établissements, beaucoup d'outils permettent de travailler autour de la bientraitance : la démarche qualité, le projet d'établissement et les projets de services, l'analyse des événements indésirables, les questionnaires de sortie (remplis par les familles dans les unités de Soins Palliatifs), les lettres de remerciement, etc...

- Importance du travail en équipe
- Circuit et ressources
- Coordination des actions
- Management des RH
- Bonne éducation, bon compagnonnage
- Objectifs communs
- Savoir déléguer, savoir « passer la main »
- Connaissance de la loi
- Connaître le sens de ses actes (par exemple, vouloir que tout le monde décède à l'hôpital, est-ce une bonne chose ?)
- Responsabilités et peur de celles-ci
- Importance de la démarche individualisée...

Dans la loi HPST, le rôle de la CME a changé. Son rôle principal est de veiller à la qualité des soins. Il semble donc pertinent que les axes de la bientraitance soient évalués lors de cette instance.

- ➔ **La prochaine réunion aura lieu le mercredi 20 octobre 2010 à partir de 13h en salle 42/43**
- ➔ **Objectif : réfléchir aux objectifs que devront se donner les établissements pour parvenir à une politique réussie de bientraitance**

Groupe 5 Réunion 4, le 20 octobre 2010, de 13h à 17h

Introduction :

Intervention prévue de Mme Jourden, qui va raconter ses propres expériences sur l'accompagnement de personnes en fin de vie pour alimenter la réflexion du groupe.

Questions récurrentes lors de la présentation de la mission :

- on propose d'accompagner et d'aider le patient, de le respecter, sauf en fin de vie, n'y a-t-il pas d'incohérence ? Point abordé lors de la réunion 2... Mais la question ne porte pas sur l'euthanasie, il faut savoir jusqu'où va le respect.

Tour de table, présentation ;

Intervention de Mme Jourden : *(notes à compléter avec la trame donnée par Mme Jourden)*

Présentation : sphère civile, cadre au ministère de la Justice, mais présence n'a aucun lien avec activité professionnelle : vient de l'expérience de la perte de sa mère en hôpital gériatrique durant 4 mois.

Andrée Jourden (AJ) a lu avec intérêt les CR de tous les groupes, beaucoup de problématiques communes et le tout forme un ensemble cohérent, qui souligne qu'il y a des vases communicants entre tous les thèmes abordés.

1. Définition

Bienveillance = compétence = confiance → le point clé pour la bienveillance dans sa définition. Vaut pour les individus mais aussi pour les collectifs, les organisations, dans toutes les fonctions (regret que les brancardiers ne soient pas représentés dans aucun groupe...)
Enjeu de civilisation : on définit les civilisations et leurs niveaux d'évolution selon la manière dont elles traitent les faibles (PA, malades...).

2. Identifications des pratiques

Illustration : les deux derniers jours de la fin de vie de la mère : « *elle donne du bonheur professionnel* » → si on reboucle la chaîne, personne n'était présent à la bénédiction du corps 15 jours plus tard, on alterne bienveillance, maltraitance, et ceci en est une illustration. Dans une même période on passe d'une bienveillance (elle donne du bonheur) et on dit dans un couloir par un interne qu'on arrête les traitements (ou les soins) de tout arrêter → maltraitance. Dans les jours suivants, personnel attentif, facilitant, rencontre avec soins palliatifs donc bienveillance mais trop tard donc maltraitance...

Le jour de la mort (fête nationale) : toutes portes ouvertes et télé allumées, geste d'impuissance du chef de service...

3. Objectifs :

2 plans : politique et professionnel

Sur le plan politique : ce plan va faire en sorte que la bientraitance se transforme en dynamique collective, que toute la France (sauf exceptions) se tourne vers la bientraitance.

Il faut **identifier et nommer** les obstacles, les négatifs que l'on veut transformer en positif :

- arrêter la novlangue : « care », « au cœur de », ne pas commencer par dire que l'hôpital est un lieu d'excellence, même si cela est vrai mais il ne faut pas commencer par cela ; préciser ce qu'est le soin et ce que sont les soignants : qui sont les soignants, les médecins ? Notion de directeur des soins interpelle en elle-même car les soins recourent la filière médicale également. Ne pas utiliser des termes identiques pour dire choses différentes ;

- poser le lien entre bientraitance et compétence : bientraitance c'est le périphérique alors que compétence c'est le dur : mais pour AJ il y a des liens, et ceci pour tous les grades des prof de santé ; il faudrait préconiser d'assimiler la promotion de la bientraitance avec tout ce qui s'est fait pour les IN ;

- poser le fait que les évolutions sociales sont un obstacle à la promotion de la bientraitance : société violente, dure, de dépendance, notion de mort se banalise ;

- poser le kaléidoscope que constitue un hôpital (IDE, AS, médecin, DH...) : qui a une vue d'ensemble et est capable de faire avancer les choses ? personne selon AJ... → il faut que le médecin chef de service soit responsable ;

- reconnaissance de l'obstacle sur le problème massif des AS : pb qualitatif, recrutement pas assez contrôlé, motivation pas assez solides, et regrettable car personnel essentiel dans la bientraitance au quotidien ;

- poser l'obstacle des défenses conservatrices : ex le fait que les malades ont des devoirs, cela est vrai mais relations plus complexes... ex d'une convocation pour obstacle aux soins pour une réaction de rejet suite à une maltraitance

- poser le lien entre bientraitance et judiciarisation : hôpital vit dans la hantise du procès, cela pourra être désamorcé par bientraitance ;

- problématique des soins palliatifs : peu de gens y ont accès, et il faut le reconnaître.

Dimension professionnelle :

Décliner à tous les niveaux un prg de maîtrise des risques : appelé contrôle interne mais pas bonne expression... déjà beaucoup de matière : présence des proches graduée selon le stade maladie, cahier de liaison entre proches et médecin sur table de nuit du malade, caméras cachées impossible mais venue inopinée du cadre ou médecin serait favorable...

Accès aux vrais soins techniques : à partir d'un certain âge on n'a plus accès aux modes de radio les plus sophistiqués → question est à poser et transparence vis-à-vis des proches. Extension de la compétence du contrôleur général des lieux privatifs de liberté aux EHPAD ; réserver aux médecins seniors l'annonce de fin de vie et les actes finaux ; mesurer la présence des proches et le degré de présence autorisée ; mesurer accidents aux heures creuses (nuit et WE) ; mesurer le temps passé au lit du malade (obstacle de la tâche administrative).

GRH : formation obligatoire à la psychologie du malade pour études de médecine et IDE, gestion d'équipes (encadrement), ouvrir au bénévolat les fonctions mêmes du soin (accompagnement, peut être uniquement à l'écoute...);

Modalités mise en œuvre :

- les grandes institutions devraient prendre une position publique sur le sujet (académie de médecine, ordres nationaux, collègue HAS, membres CCNE...);
- créer dans les milieux européens une « task force » pour maintenir le dialogue et aide à créer des forces opérationnelles.

Débat :

Question des bénévoles : soins palliatifs ont des GHS spécifiques : si pas dans un lit, baisse de tarif énorme, il ne faut pas reposer sur les bénévoles parce qu'on n'a pas les moyens...

Ce qui a été décrit : c'est ce qui se passe dans un hôpital, mais le point intéressant c'est l'enjeu de civilisation, car les groupes l'ont posé dans les termes de culture... ex de l'expo de cadavre

La mort ne se passe jamais bien, idéal de la bonne mort n'est pas réalisable → il faut pondérer, car quand on est en situation de vulnérabilité tout paraît plus noir, mais il y a aussi de la bientraitance dans les services. Mais il y a des situations inacceptables, la bientraitance c'est aussi de savoir concilier les attentes des soignants et des patients.

Présence des proches signe de bientraitance ? question de la mort à domicile, signe de bientraitance ? C'est de la bientraitance si cela ne se passe pas dans la solitude... débat sur le fait de mourir à domicile ou pas. Il n'y a pas de bonne décision en soi, une bonne décision est une décision adaptée à la personne et prise avec la famille.

Formation initiale des médecins à la psychologie des patients : création de ce module doit être envisagée.

Système pyramidal avec projet commun au service du malade : dynamique qui existe au sein de services et c'est un symbole de bientraitance : vue l'évolution de la complexité des situations de fin de vie, c'est une force qui peut être bénéfique. Ex de la tv tonitruante : il faut concilier les besoins de la personne un peu sourde avec ceux de la personne qui a besoin de se reposer...

Rôle et position du médecin : le mot « *médecin chef* » est gênant... Si le médecin n'a pas une aura, un charisme, un engagement, l'équipe ne sera pas engagée → leader d'opinion, pas leader hiérarchique. Formation : pas intégré dans la formation initiale des médecins. Le médecin doit être facilitateur, tant dans les relations avec les soignants qu'avec les patients et leurs proches.

Positionnement du médecin : charge de travail administrative qui ne permet pas forcément ce travail de leadership.

Ex du respect du culte : il y a en général un aumônier dans l'hôpital, mais pas forcément représentants d'autres cultes.

Problème des répressions judiciaires : actes pour se couvrir en cas de procès ;

Société maltraitante : barre est d'autant plus haute à l'hôpital, attente excessive envers l'hôpital, risque que bienveillance devienne un impératif ou un devoir moral ; s'impose comme un devoir moral : parfois de la maladresse, il faut que cette distinction soit faite...
Il faut également le faire sur maltraitance passive et active...

Manque dernière 1/2h de réunion.

Mission Ministérielle : Groupe 5

La bientraitance en fin de vie

1 définition

La bientraitance est un néologisme qui condense à la fois bienveillance et maltraitance avec pour fonction de prendre en compte cette dernière dans un projet résolument positif et constructif. Elle se situe dans le contexte du soin et regroupe plusieurs projets à la fois (individuel, collectif, médical, de soin, social). Elle s'inscrit dans la recherche de bonnes pratiques, la démarche qualité dans les services de soins mais, également, en regard de la judiciarisation de plus en plus fréquente des rapports entre usagers et professionnels.

Néanmoins, on ne saurait passer sous silence le malaise possiblement induit par ce que sous-tend ce nouveau terme dans la communauté soignante, bousculée par le sentiment d'un manque de confiance mettant en cause sa conscience professionnelle.

Il serait vain de nier que certains professionnels ont, même involontairement, des comportements ou des propos inacceptables et qu'il convient de promouvoir, sur la base de directives claires, les moyens d'y remédier.

Cependant, le contexte de la maladie et de l'hospitalisation est, en soi, l'expression de la maltraitance de la vie elle-même. Sous toutes ses formes, le milieu hospitalier signe la rupture avec tout ce qui fait l'univers familial des personnes, accentue leur vulnérabilité et leur fragilité, en particulier lorsqu'il s'agit de la fin de vie. La perte de repères est génératrice de souffrances toujours légitimes pour les malades et leurs proches, ces souffrances s'étayaient en général sur des éléments concrets mais dont la pondération est plus ou moins objective.

Le questionnement que suscite en pratique le néo concept de bientraitance fait apparaître qu'il s'agit là d'une notion subjective, évolutive, alliant le respect de la personne soignée et un socle de valeurs accompagnant la démarche des professionnels. C'est donc une dynamique qui exige une réflexion permanente et des collaborations continues en réponse à un besoin identifié, ponctuel, sans cesse réévalué.

La bientraitance met en jeu non seulement les individus mais l'ensemble du corps social (les usagers ne sauraient par ailleurs être intentionnellement maltraitants pour les soignants) et, dans le champ du travail hospitalier, l'engagement collectif de l'équipe, les conditions de travail et les formes de management.

Le consensus se fait autour d'une définition de la bientraitance qui se manifeste en premier lieu dans la compétence à effectuer les soins, l'attention portée aux symptômes et aux signes cliniques, la vigilance quant aux besoins physiques (soulagement des douleurs et autres symptômes...), mais également aux besoins psychiques (non abandon, sécurité...), sociaux (accompagnement de l'entourage, aides humaines et matérielles...) et spirituelles (notamment le respect des croyances.) Le soignant ne saurait se dispenser de compétences professionnelles au motif de sa bienveillance. La bonne volonté ne suffit pas et l'exigence de la maîtrise technique, tant dans le geste que dans l'observation et la relation de soin est la première condition d'un soin de qualité. C'est aussi la première exigence du patient lui-même sans laquelle aucune relation de confiance ne peut s'établir. Notons en particulier que l'absence de cohérence et de lisibilité des prescriptions, du projet de soin et des objectifs dans le traitement crée des dysfonctionnements pour les patients comme pour les soignants eux-mêmes.

Toute situation de vulnérabilité crée une grande sensibilité tant à la bienveillance qu'à ce qui en est perçu comme le manque. Lorsque l'espoir et la perspective de guérison sont envisageables, une plus grande tolérance ou capacité de résistance au manque de bienveillance est possible. Mais l'adaptation est très différente dans le contexte de la fin de vie et des violences qu'elle peut provoquer chez toutes les personnes impliquées. Face à cette grande vulnérabilité, tout résonne avec beaucoup plus d'acuité pour les uns et les autres et les failles dans l'accompagnement risquent d'avoir de lourdes conséquences traumatiques. Lorsque cet accompagnement est de qualité et, alors même qu'il ne change rien à la peine ressentie, il n'augmente pas la souffrance et apporte un réel apaisement.

L'accompagnement mis en place dans une démarche de soins palliatifs assurée par des professionnels compétents pourrait souvent servir de modèle à d'autres secteurs d'activité à l'hôpital.

S'interroger sur la manière de bien traiter c'est avoir des exigences éthiques sans lesquelles un soin ne saurait être bien traité.

2 Sur quelles valeurs reposent les pratiques soignantes ?

L'univers du soin est un espace social comme les autres, il obéit aux règles reconnues d'humanité. Le respect de la dignité de chacun y est imprescriptible.

Les droits des personnes y sont clairement définis dans une dimension d'égalité.

Ces droits sont précisés dans des déclarations internationales, nationales et des lois dont la connaissance se diffuse plus ou moins vite mais tous sont censés en être informés et les respecter. La charte de la personne hospitalisée est affichée dans tous les services, des documents informatifs sont diffusés ou devraient l'être dans l'avenir.

Les valeurs de la bienveillance sont formalisées dans des textes essentiels mais ne sauraient s'y réduire sans des convictions individuelles développées et partagées pour être mises en œuvre collectivement. Ces convictions sont bien sûr le respect de l'autre en tant que personne unique, l'attention à ses besoins, à ses demandes et à son histoire, dans la juste distance, en s'adaptant, le mieux possible, aux différentes situations et en acceptant aussi de remettre en question ce que l'on pensait acquis.

L'application à la lettre de toutes les directives n'est, cependant, pas à elle seule garantie de bienveillance.

Celle-ci implique un engagement et la mobilisation de qualités personnelles. Ces éléments sont difficiles à lister du fait même de leur subtilité, ce sont des « petites choses », des détails, tout ce qui est mis en jeu dans le respect et qui définit une façon d'être présent à l'autre, de le regarder sans a priori, de se mettre à son service non pas dans une relation de sujétion mais dans le projet de l'accompagner dans un moment difficile.

La bienveillance repose sur un ensemble de valeurs et de questions d'éthique. Ces valeurs peuvent être mises à mal, en particulier lorsque les soignants sont confrontés à une demande d'euthanasie (venant au cœur du débat lorsqu'un dilemme éthique se présente par exemple) ou à des exigences relevant de l'obstination déraisonnable mais également lorsque se pose la question de la limitation ou l'arrêt de traitements de maintien artificiel en vie. Il est bon de rappeler que le cadre législatif (et particulièrement la loi du 22 avril 2005 concernant les droits du malade et la fin de vie dite loi « Leonetti ») n'autorise aucun acte d'euthanasie mais permet aujourd'hui de clarifier les droits des patients, les exigences attendues du côté des professionnels tout en soutenant ces derniers qui, dans le cadre d'une procédure collégiale, n'ont pas à craindre de poursuites judiciaires.

La demande d'euthanasie peut parfois refléter une situation insupportable à vivre qui est projetée sur les soignants en les considérant comme maltraitants. Cette demande formulée avec la conviction que l'euthanasie est LA réponse bientraitante, s'accompagne dans ce cas d'une accusation à l'égard des soignants qui refusent de mettre fin délibérément à la souffrance du malade en lui donnant la mort. Dans ces situations heureusement rarissimes, la dimension émotionnelle et affective, très prégnante, est en première ligne et doit, impérativement, être prise en compte tant pour le malade et son entourage que pour les soignants.

3 Quelles propositions concrètes ?

L'objectif est donc de développer une culture de la bientraitance dans le champ de la santé et, pour ce qui nous occupe, à ce moment particulier de la fin de vie.

On peut légitimement faire l'hypothèse que la place accordée à la bientraitance au sein des institutions de soins se fait au bénéfice de tous et qu'il existe des plus-values individuelles et collectives aux pratiques bien traitantes. Elles visent la globalité de la prise en charge du patient et de son entourage de son entrée à sa sortie de la structure de soin.

La bientraitance est une notion mesurable qui implique une dimension organisationnelle et factuelle et relève de chaque secteur d'activité d'une structure hospitalière.

Cette culture ne peut passer que par l'identification, la valorisation et la diffusion des pratiques favorables à la bientraitance en lien avec la qualité de service. Sans qualité de service on ne saurait être bien traitant, mais la bientraitance ne se réduit pas aux seules procédures affichées qui peuvent aboutir parfois à la déresponsabilisation des personnels impliqués.

C'est là que se situe l'implication personnelle et collective pour que la bientraitance, dans sa dimension subjective, prenne tout son sens dans la relation interpersonnelle. Elle trouve son origine dans l'éducation familiale mais s'enseigne également à tous les niveaux de la formation (DPC). L'enseignement, de même que la transmission par l'exemple dans le respect des différents rôles indispensable à un travail d'équipe interdisciplinaire sont autant de facteurs influençant le niveau de responsabilité de chacun.

Les professionnels doivent être attentifs à la façon de dire ou ne pas dire les choses, en sachant la force des mots comme des silences et les blessures qu'ils peuvent susciter.

Encadrement de l'équipe : le respect suscite le respect

La connaissance et la reconnaissance mutuelle du métier de chacun permettent au sein d'une équipe de se sentir respectés et d'être de ce fait plus respectueux des fonctions des autres.

La maltraitance à l'encontre des soignants de la part des usagers, prend parfois sa source dans un ensemble de situations manquant de bienveillance qui engendrent de la violence chez les familles. Il faut donc réfléchir au processus dans cette réciprocité, prendre le temps de parler aux malades et aux familles, le temps de l'explication afin d'éviter les perceptions négatives génératrices de violence envers le personnel.

Il semble essentiel, pour intégrer la bientraitance dans les soins, de faire travailler les équipes sur le projet d'établissement dans ses différents volets : projet médical, projet de soins, projet social, etc....afin de trouver un socle commun.

L'implication durable des médecins et en particulier des chefs de service et des cadres de santé est nécessaire.

Le management est concerné par ce processus (roulement, gestion de la pénurie de personnel). Il veille à introduire les valeurs de bientraitance dans les critères du

recrutement en étant attentif à la sensibilité du candidat quant à la mise en œuvre de ces valeurs. Une attention particulière sur les questions de bientraitance est souhaitable dans le développement professionnel continu (DPC) depuis la formation initiale et pour l'ensemble des personnels médicaux, paramédicaux, administratifs et techniques.

Pour faire évoluer la place de la bientraitance, des groupes de travail interdisciplinaire peuvent développer des analyses de pratiques cliniques à la lumière de l'éthique.

Par ailleurs, afin de permettre une veille sociétale en partenariat avec les équipes soignantes, il est souhaitable de s'assurer, dans les services et les commissions institutionnelles, de la présence effective de bénévoles d'accompagnement appartenant à des associations signataires d'une convention avec les établissements (Décret 2000-1004 du 16 octobre 2000)

Une attention doit être portée aux modes de communication à l'attention des usagers : aménagement autant que faire se peut de l'accès aux établissements, fléchages pour diminuer le sentiment d'être perdu dans un milieu hostile, qualité de l'accueil à tous niveaux, administratif et soignant, assouplissement des heures de visite adaptées à la gravité de la situation, affiches...

L'environnement hospitalier ne doit pas être source de malentendus et d'agressions comme les nuisances sonores à côté de la chambre d'un malade en fin de vie, la visibilité trop importante des pauses légitimes du personnel mal comprises par les usagers.

Par exemple, au moment des transmissions entre équipes, essayer d'en informer les patients et les familles, les signaler dans la brochure du service et trouver des formules délicates pour demander à ne pas être inutilement dérangé.

Expliquer, informer est une obligation mais cela ne suffit pas si les choses ne sont pas accompagnées de telle sorte que l'information puisse être entendue et comprise (conditions environnementales, place des mots, espace autorisé pour accueillir les émotions ou les représentations, disponibilité affichée...)

Beaucoup de choses sont quotidiennement annoncées surtout dans le cadre de la maladie grave évolutive ou terminale et font partie intégrante d'un accompagnement personnalisé et d'une parole énoncée pas à pas en fin de vie.

L'adaptation au milieu hospitalier et aux exigences de son fonctionnement ajoute souvent un poids à l'épreuve de la fin de vie. Le contexte de la maladie grave évolutive doit conduire les professionnels vers une attention accrue aux besoins du malade si vulnérable et de ses proches, mais également vers une adaptation, voire une souplesse de fonctionnement compte tenu des circonstances particulières de la fin de vie (heures de visite, aménagement de l'organisation des soins en fonction de l'état du malade, espace pour les familles).

La confrontation à la mort des patients est un facteur d'usure professionnelle en lien avec la souffrance qu'elle représente pour le malade et ses proches. La réduction de la souffrance au travail des soignants a probablement une incidence économique en particulier sur l'absentéisme. On peut légitimement penser qu'un soignant respecté et valorisé par son travail sera, de facto, un soignant bien traitant.

L'expérience montre qu'un accompagnement de qualité (avant et après le décès) induit une valorisation des professionnels concernés grâce au sentiment qu'ils ont d'un travail « bien fait ». Dans le champ de la fin de vie, la bientraitance doit également s'exprimer dans l'accompagnement post-décès : la responsabilité de l'hôpital s'arrête quand les services funéraires ont pris le relais et non pas au décès du patient. La diversité des cultures et des rituels doit pouvoir s'exprimer dans le respect mutuel. Notons que certains établissements

organisent pour les familles comme pour les professionnels des cérémonies du souvenir. Le bénéfice réel que les uns et les autres en retirent témoigne de la prise en compte des besoins spirituels. L'accompagnement contribue également à la protection de la santé des aidants.

4 Evaluation

L'évaluation des pratiques devrait être objective, néanmoins elle est aussi très « personne dépendante » dans la mesure où l'évènement de la fin de vie concerne bien plus que des faits concrets.

Dès lors, peuvent résonner ensemble des considérations de différents niveaux y compris symboliques dans lesquelles les personnes peuvent trouver du réconfort dans l'attention portée au corps du défunt par exemple ou au contraire une cause de souffrance lorsque les affaires du défunt sont rassemblées dans un sac plastique qui peut être assimilé à un sac poubelle.

L'évaluation sera-t-elle seulement faite à partir de critères négatifs comme le nombre de plaintes, les notations négatives sur les questionnaires de sortie ? Ou bien en tenant compte de critères positifs comme les lettres de remerciements des familles ?

Ne faut-il pas également favoriser l'autoévaluation des équipes qui permettrait de construire des projets et de s'y impliquer ?

Il semble aussi nécessaire de profiter du retour d'expériences de ce qui se fait et qui fonctionne bien comme par exemple le Réseau Respavie, créé à l'initiative des tutelles et de la région des pays de Loire, reposant sur un financement « Mission d'Intérêt Général », mis en place en 1998 et qui a signé un contrat d'engagement qualité avec 83 établissements de santé (voir en annexe le modèle de contrat)

La généralisation des contrats entre les établissements, et les équipes mobiles de soins palliatifs et/ou réseaux de santé supervisée par les ARS, garantit la diffusion des bonnes pratiques des soins palliatifs et participe au développement de la culture de la bientraitance. Dans cette même démarche soulignons l'intérêt des engagements contractuels entre les EMSP et EHPAD

La culture de la bientraitance passe par l'implication du maximum de personnes et la mutualisation contractuelle des moyens dans une démarche institutionnelle volontariste. Il semble donc pertinent que les axes de la bientraitance soient portés et évalués par différentes instances consultatives (telles la CME et la commission des soins entre autres) et exécutives.

Texte amendé par le groupe 5 le 19 novembre 2010-relu le 20 novembre

Annexe 1 contrat Respavie engagement qualité soins palliatifs

Annexe 2 Critères de bientraitance dans établissements de santé et modalités d'évaluation

GROUPE :

"BIENTRAITANCE ET LAÏCITÉ"

PILOTÉ PAR : MARTINE CHRQUI-REINECKE

DATES DES RENCONTRES :

17/11/10 - 09/12/10

Compte Rendu Réunion Mercredi 17 Novembre 2010

1-A la question : « Qu'est-ce qu'un bon soin ? »

- Un bon soin, c'est déjà l'avoir à temps !
- En plus du respect des règles professionnelles, on demande à un bon soin un PLUS. Hélas ! lors des évaluations du bon soin technique, l'attention à l'autre n'est pas évaluée...
- Un bon soin serait celui qui respecterait en PLUS, l'état émotionnel, religieux,, là où en est le patient dans sa vie et pathologie

Au total :

« Un bon soin met en œuvre la technicité médicale (ou autre si psy, etc...) correspondant à l'application d'un protocole, ET l'attention portée à l'individualité du patient. Cette attention peut être obtenue soit par le consentement après information sur ce soin, soit par les nécessités de l'urgence vitale (code de déontologie, code de la santé publique) ».

Les principes des **soins éthiques** tels que définis par le Pr. Blanchard dans « Ethique et Alzheimer » Espace éthique AP/HP :

- Principe d'humanité et de dignité
- Principe de solidarité
- Principe d'équité et d'accès aux droits
- Principe d'autonomie de la volonté

Le bon soin est aussi en aval du soin lui-même : C'est **accompagner dans la continuité** des soins. (Sortie le WE, HAD, relais des soins au plus près de l'environnement familial, de résidence..). L'accompagnement concerne aussi les familles : groupes de parole.

Le bon soin **applique la loi** : pas d'acharnement, information juste et adaptée, sollicitation de la personne de confiance, respect des directives anticipées (dont religieuses). Egalement demande de sauvegarde de justice en urgence si abus détecté dès l'arrivée dans le service.

2- A la question : « Comment garantir au mieux l'égalité d'accès aux soins ? » :

Début du débat sur l'accès physique, territorial ; évocation de la disparité géographique des soins en inter région, intra région, et **disparités européennes** surtout avec les pays limitrophes (Belgique : souhait d'harmonisation, uniformisation, coordination.

- Au final, dans certaines zones rurales « désert de soins », la non égalité d'accès est un problème politique et non pas soignant.
- De même, le renoncement aux soins des personnes âgées, des personnes à bonne retraite mais en surendettement, du déremboursement de certains médicaments, du prix des mutuelles, du prix exorbitant des soins dentaires ; ceux qui sont juste au-dessus du palier CMU renoncent... Accès au soin des SDF, migrants.... En humanité ...

Solution : recréer de la **solidarité associative** ; attention aux communautés d'aide religieuses, au prosélytisme et au sectarisme. Nécessité d'un encadrement++Même commentaire pour les bénévoles...

Développer le **travail en réseaux**.

Une solution qui se généralise : Le partenariat avec le patient .D'après les case-manager existant en Amérique du Nord.

Le gestionnaire de cas (la seule traduction admise jusqu'à présent), est en quelque sorte l' « avocat », le « référent », le « représentant » du patient dont les capacités interfèrent avec son autonomie, et dont l'entourage ne peut assumer seul la gestion. Le gestionnaire de cas travaille au sein d'un réseau. Il coordonne les services d'aide à domicile, les visites du médecin, les hospitalisations programmées, les aides sociales et juridiques ; ET, il est dépositaire des informations qui concernent le patient : de ce fait, il accompagne aux consultations ; lors d'une hospitalisation en urgence, le patient n'est pas isolé.

Au début, en Septembre 2006 : Premier réseau gérontologique à Paris fonctionnant en gestion de cas : Ancrage – Paris XVI-. Depuis, toutes les MAIA (Maisons Alzheimer), le réseau gérontologique Pais Nord etc. et dans toute la France, ont des gestionnaires de cas. Le MCO est concerné lors d'hospitalisations de ces patients, et pour le suivi et décisions d'aval. Parfois, le RAD s'avère impossible, ou nécessite des aides qui vont être facilitées par le gestionnaire de cas (cf. Continuité des soins). Gestionnaire salarié de l'association, elle-même subventionnée.

[Dans le même ordre d'idée, enseignant référent MDPH]

Ce nouveau métier concerne du personnel du champ médico-psycho social et pourrait être une évolution de carrière pour certain personnel.

Il faut aussi que l'obstacle de la langue parlée puisse être franchi : **interprètes** ou personnes ressource listées dans les établissements. Il y a souvent (du moins en région parisienne), un multi culturalité donc un multilinguisme parmi les soignants. Savoir les identifier et y avoir recours.

Garantir l'accès aux soins, c'est aider à franchir les obstacles.

3- Un mot sur le thème de la soirée « Bienveillance et laïcité », pas ou peu abordé :

- Le respect des directives religieuses alimentaires ou des rites funéraires ne doit pas empiéter en temps sur l'accès au soin des autres patients. Mais cela est tout à fait possible si les soignants sont conscientisés, et formés. Importance des directives anticipées.
- Les exigences religieuses ne sont bien souvent une demande de reconnaissance d'une altérité. On peut désamorcer les conflits par la parole. Plutôt que de créer des dispositifs trop restrictifs et compliqués à mettre en œuvre, travailler sur le dialogue, l'écoute active, la reformulation.

Note :

- Le souhait (car efficace), d'un répertoire des bons mots, des phrases de respect etc. (cf. USA)

La laïcité dans les établissements de santé

Une circulaire ministérielle du 2 février 2005 énonce comment le principe de laïcité à l'Hôpital doit s'articuler avec les principes de la liberté religieuse et de libre choix du praticien par le patient.

Sommaire

- L'hôpital n'est pas l'école
- La liberté religieuse du patient
- L'hôpital doit être en mesure de prouver qu'il respecte la liberté religieuse du patient
- Les limites de la liberté religieuse du patient



L'hôpital n'est pas l'école

Suite au rapport déposé le 11 décembre 2003 par la Commission Stasi sur « l'application du principe de laïcité dans la République », le Ministre de la santé a souhaité rappeler par une circulaire DHOS la signification du principe de laïcité dans les établissements de santé. La circulaire, qui n'a en principe pas de valeur normative mais qu'une portée interprétative, opère une compilation de textes législatifs, réglementaires et d'origine jurisprudentielle existants quant à la liberté religieuse des patients et aux obligations des soignants au regard du respect des principes de laïcité, neutralité et non discrimination.

A juste titre, le texte ne fait aucunement allusion à la loi du 15 mars 2004 « encadrant, en application du principe de laïcité, le port de signes ou de tenues manifestant une appartenance religieuse dans les écoles, collèges et lycées publics » puisque précisément, après le tumulte suscité par la question du voile à l'école, il s'agissait de rappeler que les droits et obligations d'un élève ne sont pas les mêmes que ceux d'un patient.

En effet, la première différence notable est que contrairement à l'élève, le patient est véritablement considéré comme un usager du service public.

Par ailleurs, la chambre d'hôpital est assimilée par la jurisprudence au « domicile du patient » alors que l'école reste par essence un lieu public.

Enfin, la personne hospitalisée étant dans un état de dépendance sinon de vulnérabilité, celle-ci doit pouvoir le plus librement possible manifester ses opinions religieuses et ne pas être influencée ou contrariée dans ses convictions par le personnel soignant ou des tiers.

La liberté religieuse du patient

Si donc, pour préserver et assurer la liberté de conscience, le personnel enseignant doit se cantonner à un rôle d'arbitrage, le personnel hospitalier doit, à l'inverse, dans certaines hypothèses, faire preuve de volontarisme et garantir au patient hospitalisé la libre pratique de son culte et la manifestation de ses convictions religieuses. Un arrêt du Conseil d'Etat du 28 janvier 1955 (CE Section, Sieurs Aubrun et Villechenoux et dame Baudet), avait d'ailleurs énoncé que les autorités doivent prendre les mesures nécessaires pour assurer la liberté des cultes lorsque les malades risqueraient d'en être privés.

Rappelons que l'organisation de ces fonctions d'assistance spirituelle dans les hôpitaux de l'assistance publique est actuellement régie par une circulaire ministérielle du 19 janvier 1976. Le chef d'établissement doit affecter un local à 175

l'aumônerie, local qui peut éventuellement servir pour différents cultes. Il peut faire appel à des aumôniers de différents cultes. Ces aumôniers passent une convention avec l'administration de l'hôpital, après avoir obtenu un agrément auprès de l'autorité religieuse concernée. Ils ont la qualité de salarié et doivent respecter le règlement de l'hôpital, l'administration pouvant résilier leur contrat avec un préavis de 3 mois. La circulaire fait référence aux textes les plus récents et mentionne notamment que les patients se voient garantir la libre pratique de leur culte et la manifestation de leurs convictions religieuses par : l'article R. 1112-46 CSP ; la charte du patient hospitalisé annexée à la circulaire DGS/DH no 22 du 6 mai 1995 relative aux droits des patients hospitalisés; L'article L. 3211-3 CSP ; l'arrêté du 7 janvier 1997 relatif au contenu du livret d'accueil.

En matière mortuaire, les familles des malades en fin de vie et des défunts se voient garantir la possibilité de procéder aux rites et cérémonies prévus par la religion de leur choix.

L'hôpital doit être en mesure de prouver qu'il respecte la liberté religieuse du patient

Selon le Rapport Stasi, il faut « que l'administration, soumise au pouvoir politique donne non seulement les toutes les garanties de la neutralité mais en présente aussi les apparences pour que l'usager ne puisse douter de sa neutralité ». En conséquence de quoi, la circulaire énonce-t-elle que le principe constitutionnel de laïcité de la République, implique, d'une part, que « tous les patients soient traités de la même façon qu'elles que puissent être leurs croyances religieuses » et que d'autre part, « les patients ne puissent douter de la neutralité des agents hospitaliers ».

Droit à la non discrimination

Parmi les textes généraux énonçant un principe de non-discrimination en raison de ses croyances, nous pouvons citer :

- l'article 2 de la Constitution de 1958 selon lequel « La France assure l'égalité devant la loi de tous les citoyens sans distinction d'origine de race ou de religion. Elle respecte toutes les croyances ».

- l'article 9 de la Convention Européenne des droits de l'Homme disposant que « Toute personne a droit à la liberté de pensée, de conscience et de religion » ce qui implique « la liberté de manifester sa religion individuellement ou collectivement, en public ou en privé, par le culte, l'enseignement, et l'accomplissement des rites ».

La circulaire aurait pu également faire mention de l'art. L.1110-3 du code de la santé publique, issu de la loi du 4 mars 2002 sur le droit des patients, qui dispose « qu'aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention et aux soins » ou encore de l'article L.4127-7 du même code (anc. Art.7 code de déontologie médicale) suivant lequel « le médecin doit écouter, examiner, conseiller avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou non appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée... »

Neutralité du personnel soignant

La circulaire rappelle que « le fait pour un agent public de manifester dans l'exercice de ses fonctions ses croyances religieuses, notamment en portant un signe destiné à marquer son appartenance à une religion, constitue un manquement à ses obligations ».

Plus particulièrement, il est également cité un jugement du Tribunal administratif de Paris du 17 octobre 2002, par lequel a été estimée légale la décision d'un établissement hospitalier public qui n'avait pas voulu renouveler le contrat d'une assistante sociale qui refusait d'enlever son voile. Même si la circulaire ne le rappelle pas, notons que le principe de neutralité ne saurait cependant faire échec à l'application de la clause de conscience reconnu par le code de la santé publique aux professions médicales et auxiliaires médicaux refusant d'accomplir certains actes.

Les limites de la liberté religieuse du patient

La liberté s'arrête où commence celle d'autrui

De manière générale, l'art. 10 de la déclaration des droits de l'Homme et du Citoyen du 26 août 1789 dispose que : « Nul ne doit être inquiété pour ses opinions, mêmes religieuses, pourvu que leur manifestation ne trouble pas l'ordre établi par la loi ». Toutefois l'article 4 limite cette liberté « à pouvoir faire tout ce qui ne nuit pas à autrui : ainsi,

l'exercice des droits naturels de chaque homme n'a de bornes que celles qui assurent aux autres membres de la société la jouissance de ces mêmes droits ».

Dans le même esprit, la charte du patient hospitalisé, tout en affirmant la liberté d'action et d'expression des patients dans le domaine religieux, rappelle que « ces droits s'exercent dans le respect de la liberté des autres. Tout prosélytisme est interdit, qu'il soit le fait d'une personne accueillie dans l'établissement, d'une personne bénévole, d'un visiteur ou d'un membre du personnel. »

Le principe de proportionnalité

Il va de soi que la règle de la liberté religieuse doit demeurer compatible avec les exigences d'une bonne dispensation des soins telle qu'elle est définie par l'équipe médicale. Selon la circulaire, il convient de veiller à ce que l'expression des convictions religieuses ne porte pas atteinte :

- à la qualité des soins et aux règles d'hygiène (le malade doit accepter la tenue vestimentaire imposée compte tenu des soins qui lui sont donnés) ;
- à la tranquillité des autres personnes hospitalisées et de leurs proches ;
- au fonctionnement régulier du service. Un parallèle avec les règles du droit du travail est à cet égard intéressant, car s'y retrouve un même balancement entre la protection de la liberté de conscience et la volonté de fixer les limites nécessaires à la bonne exécution du contrat de travail. Ainsi, l'article L120-2 du code du travail prévoit-il que « nul ne peut apporter aux droits des personnes et aux libertés individuelles et collectives des restrictions qui ne seraient pas justifiées par la nature de la tâche à accomplir ni proportionnées au but recherché ». La circulaire rappelle également que pour assurer le strict respect de ces garanties essentielles pour les malades, il appartient aux directeurs d'établissement de faire usage, le cas échéant, de leur pouvoir général de police au sein de leur établissement (cf. art. L. 6143-7 du code de la santé publique).

La discrimination à l'encontre d'un fonctionnaire, agent public et agent d'un service public hospitalier

Cette troisième limite à l'expression de la liberté religieuse du patient apportée par la circulaire constitue en même temps une nouveauté mais peut aussi être interprétée comme la résultante des deux premières limites : le droit également reconnu à l'agent hospitalier de ne pas être discriminé pour des raisons religieuses et la nécessité de permettre un bon fonctionnement du service public.

Ainsi, après avoir rappelé que le libre choix de son praticien et de son établissement de santé par le patient est un droit fondamental de la législation sanitaire et un principe général du droit reconnu par le Conseil d'Etat, la circulaire tempère ce principe en énonçant que : « Toutefois, ce libre choix doit être exercé par le malade et non par un parent, un proche ou la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique ; il doit au surplus se concilier avec diverses règles telles que l'organisation du service ou la délivrance des soins.

En ce qui concerne l'organisation du service, le libre choix du praticien par le malade ne peut aller à l'encontre du tour de garde des médecins ou de l'organisation des consultations, conforme aux exigences de continuité prévues à l'article L. 6112-2 du code de la santé publique". En matière d'organisation des soins, il convient de rappeler que le malade est soigné par une équipe et non par un praticien unique, ce qui a notamment des conséquences en termes de secret médical qui ont été admises par la jurisprudence et qui sont désormais reprises à l'article L. 1110-4, alinéa 3 CSP : « lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe ». En outre, le libre choix exercé par le malade, ne doit pas perturber la dispensation des soins, compromettre les exigences sanitaires, voire créer des désordres persistants. Dans ce dernier cas, "le directeur prend, avec l'accord du médecin chef de service, toutes les mesures appropriées pouvant aller éventuellement jusqu'au prononcé de la sortie de l'intéressé" (art. R. 1112-49 CSP). Cette nouvelle limite fut critiquée par certains, en ce qu'elle serait une remise en cause illégale d'une liberté « absolue » du patient à choisir son praticien, mais aussi en ce qu'elle présume que les discriminations à l'encontre des agents du service hospitalier résultent nécessairement d'un motif religieux.

Enfin, la circulaire s'achève de manière maladroitement en faisant un rappel de la jurisprudence relative au refus de soin, notamment le refus de transfusion sanguine par les témoins de Jehovah. En effet, si on peut regretter que des personnes se mettent en danger en refusant un acte indispensable à leur survie, il n'y a justement pas en l'occurrence de

discrimination à l'encontre d'un agent hospitalier, ni désordre dans le fonctionnement du service hospitalier.

- [Retour au sommaire du dossier "Refus de soins"](#)

Emmanuel POIRIER, *Juriste* - Mis à jour le 05/06/2007

CHARTRE de la laïcité

DANS LES SERVICES PUBLICS

La France est une République indivisible, laïque, démocratique et sociale.

Elle assure l'égalité devant la loi de tous les citoyens sans distinction d'origine, de race ou de religion. Elle garantit des droits égaux aux hommes et aux femmes et respecte toutes les croyances. Nul ne doit être inquiété pour ses opinions, notamment religieuses, pourvu que leur manifestation ne trouble pas l'ordre public établi par la loi. La liberté de religion ou de conviction ne rencontre que des limites nécessaires au respect du pluralisme religieux, à la protection des droits et libertés d'autrui, aux impératifs de l'ordre public et au maintien de la paix civile. La République assure la liberté de conscience et garantit le libre exercice des cultes dans les conditions fixées par la loi du 9 décembre 1905.

des agents du service public

Tout agent public a un **devoir de stricte neutralité**. Il doit traiter également toutes les personnes et respecter leur liberté de conscience.

Le fait pour un agent public de **manifestar ses convictions religieuses** dans l'exercice de ses fonctions **constitue un manquement à ses obligations**.

Il appartient aux responsables des services publics de **faire respecter l'application du principe de laïcité** dans l'enceinte de ces services.

La liberté de conscience est garantie aux agents publics. Ils bénéficient d'autorisations d'absence pour participer à une fête religieuse dès lors qu'elles sont compatibles avec les nécessités du fonctionnement normal du service.

des usagers du service public

Tous les usagers sont **égaux** devant le service public.

Les usagers des services publics ont le **droit d'exprimer leurs convictions religieuses dans les limites du respect de la neutralité du service public**, de son bon fonctionnement et des impératifs d'ordre public, de sécurité, de santé et d'hygiène.

Les usagers des services publics doivent **s'abstenir de toute forme de prosélytisme**.

Les usagers des services publics **ne peuvent récuser un agent public ou d'autres usagers**, ni exiger une adaptation du fonctionnement du service public ou d'un équipement public. Cependant, le service s'efforce de prendre en considération les convictions de ses usagers dans le respect des règles auquel il est soumis et de son bon fonctionnement

Lorsque la vérification de l'identité est nécessaire, les usagers doivent **se conformer aux obligations** qui en découlent.

Les usagers accueillis à temps complet dans un service public, notamment au sein d'établissements médico-sociaux, hospitaliers ou pénitentiaires ont **droit au respect de leurs croyances et de participer à l'exercice de leur culte**, sous réserve des contraintes découlant des nécessités du bon fonctionnement du service.

Respect de la laïcité et bien-traitance

Avec la participation de : Vincent Bilger, Bernard Devalois, Chantal Gonidec, Michèle Memmi et Nicole Victor-Belin

Nous constatons d'emblée que la coexistence du respect de la laïcité avec la pratique de la bien-traitance est de nature à engendrer une tension entre d'une part l'institution hospitalière et les soignants, qui doivent appliquer les règles régissant le fonctionnement des établissements publics hospitaliers et, d'autre part, les patients qui aspirent au respect de leurs croyances.

Nous aurions pu considérer, avec la loi du 9 décembre 1905 reprise dans la Constitution de 1958, que la vie spirituelle et religieuse relèverait intégralement de la sphère privée et ne pouvait, par conséquent, trouver place dans la vie d'un établissement public. Mais s'agissant d'une réflexion sur la bien-traitance nous sommes amenés à concilier l'application du principe de la laïcité, spécifique à la France, au regard de la bien-traitance.

Nous considérons donc que la laïcité traduit « un art de vivre ensemble » dans la liberté de croire ou de ne pas croire ce qui, en démocratie, implique des droits et des devoirs et exige nécessairement le respect de l'autre. Ce principe est toutefois à assouplir dès lors que la pratique de certains préceptes religieux, du fait de leur force psychologique, participent ou ne nuisent pas à la guérison.

Nous avons abordé le risque d'une radicalisation religieuse qui amène à des dérives insupportables au regard non seulement du respect du principe de la laïcité française mais aussi au regard des règles et des contraintes qui régissent l'organisation du travail en milieu hospitalier. Il en est ainsi :

- d'une tendance à l'accroissement, dans certaines Régions, d'Etablissements de santé qui font fi de la laïcité en favorisant l'évolution de grands courants spirituels. On trouve ainsi des Etablissements gérés par des mouvements religieux (Une USP ? pour les Juifs, une pour les Catholiques une pour les Musulmans, une pour les Protestants en totale contradiction avec les valeurs laïques et républicaines)...
- de demandes d'orientation du lit face à la Mecque parfois incompatibles avec la configuration du matériel nécessaire aux soins dans un espace exigu,
- de l'administration ou de l'interdiction de soins ou de médicaments contraires aux règles déontologiques que doivent appliquer les soignants.
- des exemples de violences commises par des fondamentalistes présents au chevet d'un malade notamment dans les services de gynécologie obstétrique.

Nous reprenons alors les termes de l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière qui précisent notamment que « l'établissement de santé doit respecter les croyances et convictions des personnes accueillies » et nous retenons qu' « un patient doit pouvoir, dans la mesure du possible, suivre les préceptes de sa religion »...

La solution réside en effet dans la liberté qui doit être laissée aux Etablissements hospitaliers de concilier le fonctionnement harmonieux de leur institution et la satisfaction de principes alimentaires et religieux dès lors qu'ils sont compatibles.

Autrement dit, cette satisfaction ne doit pas compromettre les exigences sanitaires, la bonne dispensation des soins, telle qu'elle est définie par l'équipe médicale, ni enrayer le fonctionnement régulier du service ou la tranquillité des autres personnes hospitalisées.

Nous avons conclu que la recherche de la bien-traitance au regard du principe de la laïcité qui sert de rempart à tout risque de dérive doit se décliner dans la recherche, dès l'admission du patient, d'un dialogue avec lui-même ou la personne de confiance afin d'être au quotidien au plus proche de ses aspirations raisonnables. A cet égard il est recommandé pour favoriser un face à face efficace de diffuser l'information qui permet de faire comprendre les règles qui président au respect des principes de la laïcité, du droit français et des usages en vigueur dans le domaine hospitalier en général et en particulier dans le lieu d'hospitalisation du patient.



6. APPROCHE PHILOSOPHIQUE ET ÉTHIQUE

REVUE DE LITTÉRATURE, AUTOUR DE LA NOTION DE BIENTRAITANCE
DE NADIA PÉOC'H



REVUE DE LA LITTÉRATURE AUTOUR DE LA NOTION DE BIENTRAITANCE

Nadia Péoc'h

*Cadre supérieur de santé
Mission Recherche et Liaison Université/Institut de Formation
Direction des Soins – CHU de Toulouse
Hôpital Purpan
Place du Dr. Baylac
31059 Toulouse 09*

*Docteur en Sciences de l'Éducation
Maître de Conférences associé en Sciences de l'Éducation
Université de Toulouse 2 – Le Mirail, France.
5 Allée Antonio Machado
31058 Toulouse CEDEX 9*

- 26 Septembre 2010 -



« Le simple fait d'avoir mis au monde le mot « bienveillance », de chercher à le comprendre et à le faire vivre, témoigne d'une attitude non dogmatique et pragmatique. Alors, faisons le vœu qu'on traite bien la bienveillance. »

Boris CYRULNIK, 2006

Liminaire.....	- 3 -
1. L'exigence d'un repérage... sous l'éclairage de l'étymologie	- 4 -
2. La bientraitance se transmet... à travers nos liens à d'autres humains	- 7 -
2.1. Le bonheur et la sagesse pratique chez Aristote	- 7 -
2.2. Le respect inconditionnel de la dignité humaine chez Kant.....	- 7 -
2.3. La notion d'être-au-monde chez Martin Heidegger	- 8 -
2.4. Le sens, le corps, la chair chez Maurice Merleau-Ponty.....	- 9 -
2.5. La visée éthique de la sollicitude chez Paul Ricoeur	- 9 -
2.6. Ce visage qui m'oblige... chez Emmanuel Levinas	- 10 -
3. Le care entre action et pensée... Une source d'inspiration pour la bientraitance	- 10 -
3.1. Les fondements de l'éthique du care.....	- 11 -
3.2. Similitudes et différences	- 13 -
4. Le droit, un cadre pour la bientraitance	- 14 -
5. Considérations conclusives.....	- 15 -
6. Bibliographie.....	- 18 -

Liminaire...

Le constat est édifiant. Le terme de « bienveillance » n'existe pas dans le Trésor de la Langue Française Informatisé¹ (banque de données scientifique dédiée à l'analyse et à la recherche étymologique et historique de la langue française). Alors que le concept de « maltraitance » est abondamment documenté dans les écrits scientifiques, il existerait moins d'une dizaine d'articles spécifiques dédiés à la bienveillance (Terrisse, 2003). Nous avons consulté plusieurs banques de données, comme la Banque de Données de Santé Publique (BDSP) ; la banque de données de l'Association de Recherche en Soins Infirmiers (ARSI) ; la banque de données de Medline (*Medical literature abstracting and retrieval system on line*) ; la banque de données CINAHL (*Cumulative Index to nursing and allied Health literature*)... pour ne citer que quelques unes des plus pertinentes. Nous avons également interrogé la Bibliothèque Nationale de France² ainsi que la base de donnée Electre qui permet de repérer les documents en vente dans les circuits commerciaux. Les mots clés ont été les suivants : bien ; traiter ; bienveillance *versus* maltraitance ; bienveillance ; bienfaisance ; sollicitude ; altérité ; prendre soin ; well-being ; well-ness ; care ; the ethic of care ; caring...

L'objet et l'intention pédagogique de cette recension bibliographique sont d'offrir au lecteur des repères autour d'un néologisme polysémique s'accompagnant d'une saturation sémantique voire d'une empreinte historique et idéologique. En effet ne peut-on pas formuler l'hypothèse, que ce mot nouveau de « bienveillance » serait articulé autour de *thémata* qui, puisant dans la culture et les contextes historiques et sociaux, reprennent les oppositions entre le bien et le mal, l'action de traiter et l'action de prendre soin, la bienveillance et la maltraitance... La bienveillance se pare-t-elle d'attributs neufs pour définir des affaires anciennes³ ou s'agit-il d'un concept nouveau ? Nous parlerons plus d'une notion.

Avant d'aller plus loin dans notre propos, nous tenons en toute modestie à souligner l'extrême relativité, la limite et la spécificité du regard que nous avons posé sur cette analyse et synthèse bibliographique. La posture multi référencée qui est la notre (praticien *versus* chercheur) a été

¹ Pour information : le TLFi a été créé par une unité mixte de recherche (Atilf : Analyse et traitement informatique de la langue française) associée au CNRS (Centre National de la Recherche Scientifique) et à l'Université Nancy II. Alain Rey faisait partie de l'équipe de chercheurs à l'origine de sa création.

² Les bibliographies nationales officielles ont pour objet de recenser tout ce qui se publie dans un pays ou dans une langue donnée (<http://bibliographienationale.bnf.fr>).

³ Les termes de bienfaisance (néologisme du XVIII^e siècle) et de bienveillance apporteront également un éclairage historique à la notion de bienveillance. Dans le premier s'entendent les actions de charité menées au nom de l'amour du prochain avec une forte connotation religieuse et les actions philanthropiques menées au nom de l'amour de l'humanité. Dans le second terme, plus proche de nous, s'entend la réflexion éthique. Pour R., Spaemann (1997 : p. 136) « *L'acte de tendre vers ce qui pour l'autre est le convenable, suggère-t-il, donc ce qui donne un contenu à son propre « être tendu vers », nous l'appelons bienveillance* ».

le choix opéré dans la lecture des différents articles. Le présent écrit tend à définir, illustrer, approfondir, dé-complexifier la notion... et ce afin de susciter la réflexion co-construite et les débats enrichissants au sein des différents groupes de travail. Pour rappel, nous les nommerons ici dans ces lignes liminaires...

- l'accueil et l'accompagnement du patient et de ses proches,
- l'assistance dans les besoins fondamentaux, comme la toilette, les soins d'hygiène, le repas, l'aide à la mobilité,
- les consultations, les examens, les traitements et soins invasifs,
- la prévention et le traitement de la douleur,
- l'accompagnement de la personne en fin de vie et de ses proches.

1. L'exigence d'un repérage... sous l'éclairage de l'étymologie

La question qui sous tend l'écriture de ce paragraphe est la suivante : *la bientraitance est-elle seulement le contraire de la maltraitance ?* Les mots ont une histoire et une mémoire. Les mots nouveaux, plus encore. Ils nous convoquent parfois sur des espaces mouvants entre passé et présent. Récemment, les termes d'« accompagnement » ; de « soutien » ; d'« étayage » ; de « médiation » ont initié une façon de parler du monde, de parler le monde. À la fois, mot valise, ou mot « fourre tout » d'une génération à un moment « To », ces termes ont fait l'objet de travaux de recherche, de conceptualisation et de modélisation. Le terme de « bientraitance » semble suivre ce même chemin, puisque cette notion nouvelle est au cœur des préoccupations des professionnels et des chercheurs.

Faut-il définir la bientraitance en opposition à la maltraitance ? Cette démarche paraît trop simpliste. Pourtant la plupart des écrits consultés légitime cette définition faite par défaut. Les travaux de l'ANESM⁴ dans le champ de l'action sociale et médico-sociale proposent d'envisager la bientraitance comme une démarche qui « *vise à promouvoir le bien-être de l'utilisateur en gardant à l'esprit le risque de maltraitance* ». Pour Pourtois, Desmet et Nimal (2000 : p. 73) « *sa définition se fait par alors par défaut. La bientraitance est l'absence de facteurs de maltraitance* ». Dès lors, il y aurait bientraitance quand il n'existe pas de maltraitance.

La plupart des articles consultés révèlent des invariants autour de la notion de bientraitance, avec notamment l'idée d'une action d'un sujet sur un autre sujet et l'idée de « positivation »

⁴ ANESM : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux, « La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre », in *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles*, Juin 2008.

des attitudes et des comportements, en termes de respect, d'écoute, de bons soins, de marques d'attachement et de sollicitude, de manifestations de confiance, d'aide, d'accompagnement, de compassion⁵ envers des sujets vulnérables, fragilisés et dépendants (tout particulièrement les deux âges extrêmes de la vie : les enfants et les personnes âgées).

Dès lors, un détour étymologique s'impose. Le terme de « bienveillance » est l'association de deux mots « bien » et « traiter. D'emblée, les deux termes inscrivent leur contenu dans la sphère de l'agir professionnel et des praxis. Pour le Dr. Michel Manciaux (2002), « *la bienveillance : c'est traiter bien, c'est à dire aimer ou au moins respecter ceux qui nous sont confiés* ». Toujours pour cet auteur, « *elle est souhaitable aussi dans toutes nos relations humaines, qu'elles soient professionnelles ou sociales* ».

« Traiter bien ou bien traiter ? ».

Bien est issu du latin *bene* (Xe s.), adjectif correspondant à *bonus* (bon). Dès le XI^e siècle, bien exprime une manière satisfaisante, selon les critères culturels, individuels et collectifs de l'époque en question, dans les domaines intellectuel, esthétique ou moral (v. 1050). Dans un contexte chrétien (v. 980), cet adjectif d'intensité recouvre la notion morale de ce qui est juste, honnête, louable (dichotomie *du bien et du mal*). Pendant de nombreux siècles, l'adjectif bien a une grande vitalité. Il renforce le sens. C'est ainsi que naissent dans la langue les termes de bienveillant (v. 1175) d'après le latin classique *bene volens* qui signifie « qui veut du bien, favorable », puis bienveillance sur le modèle du latin *benevolentia* « disposition favorable envers quelqu'un » avec ce niveau supérieur à la vertu morale de la mise à jour de la relation de personne à personne, en particulier de supérieur à inférieur (v. 1680). Le nom féminin de bienfaisance (XIV^e s.) gardera une connotation religieuse jusqu'au XVIII^e siècle ou il sera repris par l'abbé de Saint-Pierre. Le terme donnera également bienfaiteur, bienfaitrice... aux sources de bienfait venant du latin *benefactum* « bonne action ; faire du bien aux autres » (v. 1120).

Traiter est issu du latin *tractare* (v. 1120) employé dans la langue poétique au sens de « traîner violemment, mener difficilement » ; « blâmer » (v. 1286) ; « traiter comme un chien » (v. 1718) dans son extension de traiter quelqu'un comme un animal et dans le langage

⁵ La « vertu de compassion » associée à l'empathie, l'écoute, la douceur, la présence à l'autre rejoint la description faite par l'apôtre Paul lorsqu'il évoque l'amour du prochain et la charité dans le premier épître aux Corinthiens : « *La charité est longanime et secourable, elle ne s'irrite pas, ne tient pas compte du mal, [...] elle excuse tout, espère tout, supporte tout* » (Saint-Paul, I, Cor., 13). Dans un univers professionnel laïcisé, cette référence religieuse peut interpeller. Cependant, si on accepte que la compassion puisse se constituer en véritable habitus, devenir une attitude relationnelle efficace et professionnelle, s'inscrire dans une éthique du « prendre soin d'autrui », on acceptera dès lors de ce concept qu'il puisse être une des pierres angulaires de la bienveillance.

courant au sens de « toucher souvent ; manier ; caresser » avec de nombreux sens figurés comme « prendre soin de ; s'occuper de ». Dès le XIII^e siècle, le terme traiter convoque cette double acception négative et positive. Comme le soulignent d'Houtaud et Manciaux (2000) dans leur propre recherche étymologique, traiter quelqu'un, c'est se comporter ou se conduire envers quelqu'un, s'en occuper d'une manière bonne ou mauvaise. Faut-il alors se contenter d'une définition étymologique de la bienveillance en opposition à la maltraitance (dans son approche traiter avec violence, injurier, blesser, humilier sur la plan psychologique) ?

Dans le domaine social (v. 1510) on retrouve l'idée plus positive de « manière de traiter » dans les relations humaines à propos de la manière dont une femme accueille l'amour qu'on lui déclare (v. 1666) mais aussi dans les honneurs dus au rang (av. 1679) en termes d'égards, de considération, de déférence, de respect.

Plus proche de nous, dans le champ disciplinaire de l'anthropologie, de l'éthno-histoire et des soins infirmiers, M.-F., Collière (1996)⁶ observe une nuance conceptuelle entre « traiter » et « prendre soin ». Pour cette auteure, les termes « traiter ; traitement ; médecin traitant » s'inscriraient dans la pratique médicale et le *cure*, en référence aux soins de réparation liés au besoin de réparer ce qui fait obstacle à la vie. Les termes « prendre soin ; s'occuper de ; être attentif à... » feraient référence à la pratique soignante et au *care* en référence aux soins coutumiers et habituels liés aux fonctions d'entretien, de continuité de la vie. Cette pensée disjonctive entre le *cure* et le *care*, entre traiter et prendre soin révèle là aussi une subtilité dans la perspective de bienveillance.

Sur un objet social porteur de forts affects tel que la bienveillance à forte signification symbolique, historique, sociale, culturelle, nous mesurons combien ce terme fait référence aux racines anciennes du passé, dans la réactivation d'une mémoire collective des savoirs populaires, informels et mémoriels. Le bien *versus* le mal offre une ambiguïté dans la lecture et la compréhension de la notion. Chaque sujet peut puiser dans le creuset de la mémoire sociale sa propre définition. Nous retiendrons de ce détour étymologique et historique que la notion de bienveillance est une notion complexe, évolutive, fragile, témoin d'une époque qui convoque à la fois le passé pour se tourner vers le présent et l'avenir. Ce terme nouveau qui porte en lui les racines à la fois du « bien » et du « mal » mérite une attention critique et une

⁶ Auteure de *Promouvoir la vie. De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*, (1982), M.-F. Collière s'est imposée comme une pionnière en introduisant l'éthno-histoire comme approche disciplinaire dans la compréhension des soins infirmiers en 1965.

vigilance dénuée d'angélisme et d'idéalité. C'est un objectif vers lequel tout individu devrait tendre, une démarche, une posture, et un processus. Nous y reviendrons.

2. La bientraitance se transmet... à travers nos liens à d'autres humains

La question qui sous tend l'écriture de ce deuxième paragraphe est la suivante : *La bientraitance serait-elle alors une posture amenant chaque professionnel à « reconnaître l'humanité dans la personne d'autrui comme moi-même » selon la formule chère à Emmanuel Kant ou bien à rencontrer « le visage de l'autre qui m'oblige » en reprenant les mots d'Emmanuel Lévinas ?*

Cette bientraitance là, nous oblige à revenir sur les ouvrages théoriques fondamentaux au carrefour de la philosophie, de l'herméneutique, de la phénoménologie⁷. Même si le terme en soi de bientraitance n'y est pas clairement apparent, ces écrits fondateurs ouvrent des pistes de compréhension propices à la réflexion.

2.1. Le bonheur et la sagesse pratique chez Aristote



Aux yeux des grecs, les trois activités humaines fondamentales étaient : le travail, l'œuvre (la *poièsis*) et l'action (la *praxis*). Cette distinction opérée entre Science poïétique τέχνη et Science pratique πράξις introduit dans la pensée aristotélicienne la dimension éthique des choses humaines. La « sagesse pratique » (la *phronesis*) est tournée vers l'action. Pour Aristote, le bonheur est le bien suprême recherché par les hommes. Ce bonheur, parce qu'il est réalisation et accomplissement de soi, actualisation de ses puissances, résulte de l'action. Le but ultime est la recherche du bonheur comme souverain Bien. Ce Bien n'est pas unique, abstrait, habituel. Il s'agit avant tout d'un bien réalisable qui peut être acquis par soi-même, dans l'activité pratique.

2.2. Le respect inconditionnel de la dignité humaine chez Kant



Dans la conception kantienne, la dignité de la personne humaine procède du sentiment. Le sujet n'a pas seulement un prix, une valeur, il a le sentiment de dignité. Cette dignité est absolue, intrinsèque, inaliénable. Elle fait figure de « valeur intérieure absolue ». Pour Kant, « *les premiers devoirs de l'homme sont des devoirs envers lui-même parce que c'est en lui-même que l'homme découvre en premier lieu ce qu'est la personnalité et l'humanité. Les devoirs envers soi sont le fondement des*

⁷ Nous précisons ici, qu'il ne s'agit pas de résumer la pensée des différents auteurs mais d'exposer en quoi leurs travaux et réflexions peuvent être incontournables à la compréhension de la notion de bientraitance.

devoirs envers autrui » (Theis, 2003). Pour Kant, le respect est le sentiment moral par excellence. Le respect oblige au dépassement de ses pré-notions, de ses préjugés, de ses penchants spontanés et parfois trop immédiats sur le genre humain. Le respect oblige à envisager l'autre dans son humanité quelque soit sa dégradation physique et / ou morale. L'autre, *l'alter* de mon *ego* est digne de respect parce qu'il fait partie de l'humanité. Kant distingue bien le sujet de la chose. Ce qui élève le sujet au dessus de la matière, au dessus du mécanisme de la nature, c'est bien son intériorité, sa personnalité. L'impératif du respect se retrouve ainsi dans la formule kantienne « *agis de telle sorte que tu traites l'humanité aussi bien dans ta personne que dans la personne de tout autre, toujours en même temps comme une fin et jamais simplement comme un moyen* ». ⁸

2.3. La notion d'être-au-monde chez Martin Heidegger



Dans l'analyse heideggérienne de l'existence humaine, la notion d'être-au-monde est essentielle. Le souci de Heidegger est ontologique. Il s'intéresse à « l'être » unique en tant que distinct des « étants », c'est-à-dire des choses. Il ne parle d'existence que pour cet « être-là » (*Dasein*) que nous sommes nous-mêmes. L'homme est pensé à travers sa manière d'exister, en tant que « je » qui veut, qui s'efforce, qui est nécessaire, et mortel. Heidegger le pose dans « l'être-dans-la-vie ».

Reprenons quelques expressions du langage *d'Être et temps* (1927) particulièrement significatives : « l'être-au-monde, l'être-jeté, l'être-ensemble, l'être-offert-à-la-main, le précourir-vers-la-mort ». Au lieu de « passé » et de « futur », c'est « l'ayant-été » et l' « à-venir » de l'être qu'il aborde. Tout cela représente des concepts d'événements et d'accomplissements humains, intégrés au comportement de l'individu. Ces termes ne désignent pas des choses, mais des façons d'être. La substance disparaît. Tout est pour ainsi dire en mouvement, en cours. Il ne s'agit plus d'un sujet, mais d'un « être-là » dans une mondanité remplie de l'existence quotidienne. Là où est écrit « être-là », nous pouvons introduire la personne soignée en tant que « je » – ou sa relation avec l'autre (le médecin, l'infirmier, le prestataire par exemple) en tant que « tu », ou « il » ou « elle » – dans l'accomplissement d'une manière d'être, dans la précarité de l'existence. Cette pensée découvre un agir professionnel dans le prendre soin non disjoint d'une perspective de bienveillance centrée (dans ses modalités pratiques) aux significations particulières liées aux situations cliniques, aux acteurs en présence, à la rationalité et à la subjectivité de chacun.

⁸ Kant, E., (1992). *Fondements de la métaphysique des mœurs*, Paris, Vrin, p. 105.

2.4 Le sens, le corps, la chair chez Maurice Merleau-Ponty

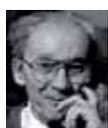


Maurice Merleau-Ponty (1908-1961) a dans l'horizon ouvert par *La phénoménologie de la perception* (1945), développé une pensée du « corps » comme point de référence de l'histoire perceptive du sujet. Pour cet auteur, le monde se dispose en première intention autour du sujet, et commence à exister pour lui. Sa conscience le rend cohérent. Cette expérience du monde rend la science significative et consistante. Faisant sienne le précepte de Husserl « *revenir aux choses mêmes* », Merleau-Ponty s'est efforcé de retourner à l'expérience vécue et de décrire concrètement le réel. Les concepts fondamentaux de sa philosophie s'articulent autour du sens, du corps, de la chair.

- Le sens est conçu comme un noyau de signification issu de l'homme et de son existence dans le monde.
- Le corps propre, envisagé non point comme une réalité biologique et matérielle (soumis aux variations de la maladie et de la douleur) mais comme le référentiel de notre expérience, celui qui est notre centre existentiel (qui détermine nos normes d'existence) et notre manière d'être-au-monde.
- La chair, appréhendée comme l'unité du corps et de l'âme, comme le corps informé par l'esprit. L'homme n'est pas seulement un psychisme joint à un organisme, mais un « va-et-vient » de l'existence, qui sera selon le contexte un corps propre ou bien un corps actuel soumis aux variations de l'environnement.

La réflexion sur la bienveillance ne peut faire l'économie de la réflexion phénoménologique de Merleau-Ponty, autour de ce vécu indissociable de la corporéité. Avoir un corps, c'est vivre, s'engager dans des projets, s'ouvrir à l'être.

2.5. La visée éthique de la sollicitude chez Paul Ricoeur



Pour Paul Ricoeur, la « petite éthique » est sans fondement sans un retour réflexif sur la transparence du sujet responsable. C'est par l'éthique, « *visée d'une vie accomplie sous le signe d'actions estimées bonnes* » que le soi accède à sa plus haute vérité. L'éthique se décline selon un rythme ternaire dont les pôles sont l'estime de soi, la sollicitude, les institutions justes. En définissant l'éthique comme « *la visée d'une vie bonne avec et pour les autres dans des institutions justes* », Paul Ricoeur (1990 : p. 224) identifie une forme spécifique de geste éthique à l'égard d'autrui : la sollicitude. Dans cette visée éthique, Ricoeur suppose la reconnaissance de l'autre comme semblable à soi-même. L'appel est injonction. Ecouter sa conscience, c'est être enjoint par l'autre. Tel est le fondement du respect. « *La visée d'une vie bonne...* » est une vie qui se réalise par une

manière de vivre dans l'unité d'une vie ; qui se relate dans le récit et pas uniquement dans la description narrative. Cette narration propre au sujet s'inscrit dans la sagesse pratique (en référence à la conception aristotélicienne), dans un bien vivre qui s'étend à la société et à son exigence d'égalité.

2.6. *Ce visage qui m'oblige... chez Emmanuel Levinas*



À la démesure des crimes de la Shoah, correspond chez le penseur Emmanuel Levinas, une responsabilité démesurée : « *Nous sommes tous responsables de tous et de tout, et moi plus que les autres* » (Dostoïevski, *Les Frères Karamazov*). Pour Lévinas, autrui doit être pensé dans sa radicale altérité et son irréductibilité. C'est l'autre qui me constitue en tant que sujet. Ma responsabilité à son égard construit ma propre identité et précède ma liberté. Autrui a un sens avant même que je le lui donne. La rencontre de l'autre en tant qu'autre s'opère quand je saisis le visage nu, dépouillé de ses traits individuels. Au-delà de l'acte perceptif, l'accès au visage est infiniment éthique. Par son évidence de vulnérabilité, ce visage m'oblige et m'enjoint à ne pas me dérober à ma responsabilité « *tu ne tueras point* ». Ce visage parle. Il dit l'interdit du meurtre et le devoir de responsabilité. Il est appel. Il n'est d'autre manière d'être sujet que de répondre à cet appel. Ce visage a une signification métaphysique, nous appelle au dévouement, au don de l'engagement personnel. Le visage, porteur de la souffrance oblige le professionnel de santé à accueillir l'homme souffrant et ainsi à assumer sa dignité de soignant et sa responsabilité d'humain.

3. **Le care entre action et pensée... Une source d'inspiration pour la bientraitance**

La question qui sous tend l'écriture de ce dernier paragraphe est la suivante : *Comment alors traduire au plus juste le terme de bientraitance en anglais ?*

Bientraitance n'est pas encore cité dans les dictionnaires français, on ne lui connaît pas d'équivalent en anglais, alors que *maltreatment* est admis. Le terme fait défaut dans les dictionnaires disciplinaires spécialisés (sociologie ; psychologie de la santé ; psychologie sociale...). La traduction de bientraitance dans la littérature scientifique anglophone a eu aussi un impact sur la recension bibliographique...

Ainsi si nous définissons la notion de bientraitance par rapport à la notion de « *well-being* » (bien être) définie comme « *un état physique et psychique de l'homme qui lui donne le sentiment d'être satisfait dans un environnement donné* », on obtient pas moins de 4 620 000 publications à ce jour sur ce thème... Avec des relations connexes portant sur les termes « *happiness, life satisfaction, and positive affect* » (*Le bonheur, la satisfaction de vie, les*

affects positifs : traduction libre) examinés dans trois domaines : la mesure, les relations de causalité et les échelles de mesure psychométriques.

Si nous définissons la notion de bienveillance par rapport à la notion de « *wellness* » qui est définie comme « *une sensation agréable procurée par la satisfaction des besoins physiques et l'absence de tensions psychologiques* », on obtient 195 000 publications, plutôt dans le champ de l'éducation, de la promotion de la santé chez les enfants et les adolescents, la santé publique. Aucune des deux définitions ne donnent réellement satisfaction. *A contrario*, dans la littérature anglophone, ce sont les attributs de la définition du *care*, *caring* et *the ethic of care* qui se rapprocheraient le plus de la notion de bienveillance. Pour Joan Tronto (2006 : p. 38) « *la caractéristique la plus importante de l'éthique du care est peut-être que les situations morales n'y sont pas définies en termes de droits et de responsabilités mais en termes de relation de care* ».

3.1. Les fondements de l'éthique du care

Nous nous sommes interrogés sur le sens du mot « *care* » et sur la notion de « *caring* ». En effet, comment traduire au plus juste la notion de bienveillance. Qu'est ce que le « *caring* » ? Que serait l'éthique de la sollicitude « *the ethic of care* » ? Quels seraient les points de rencontre et / ou les risques de confusion avec la notion de bienveillance ? Indubitablement, les deux conceptions s'inscrivent dans une tonalité plutôt d'essence humaniste. La langue française semblerait manquer de mots justes pour nous offrir une traduction pertinente du terme « *care* ». Le terme comprend deux dimensions :

- une dimension perceptive : faire attention à, se soucier de...
- une dimension de l'action : s'occuper de, prendre soin...

Selon les traductions choisies, « sollicitude » ; « souci de l'autre » *versus* « prendre soin », le terme *care* sera entendu sous deux acceptions : la dimension perceptive *versus* la dimension de l'action.

Dans le milieu des soins infirmiers, les travaux *princeps* de Jean Watson, infirmière et professeur à l'Université du Colorado aux États-Unis, sont souvent cités en référence. Pour cet auteur, le *caring* serait un art et une science humaine ancrés dans un idéal moral altruiste : préserver l'humanité dans les soins de santé... “*Caring calls for a philosophy of moral commitment toward protecting human dignity and preserving humanity*” (Watson, 1988: p. 31).⁹

⁹ Avant propos de l'ouvrage fondateur de 1988. Notre propre traduction : « *Le caring s'inscrit dans une philosophie de l'engagement moral envers la protection de la dignité humaine et la préservation de l'humanité* ».

Dans son ouvrage *On caring*, le philosophe Milton Mayeroff ¹⁰ définit le *caring* comme « l'activité d'aider une autre personne à croître et à s'actualiser, un processus, une manière d'entrer en relation avec l'autre qui favorise son développement » (1971). Cette définition ancienne est intéressante dans la mesure où elle introduit le *caring* comme un acte de vie qui va bien au-delà des seules activités professionnelles marquées par le service rendu à autrui. Le *care* est devenu progressivement au cours des années 1980 un sujet philosophique et politique aux Etats Unis (et depuis peu en France). Les travaux relatifs à l'éthique de la sollicitude ne se limite pas au seul champ infirmier. Nous pouvons mentionner trois autres chercheuses reconnues comme théoriciennes de l'approche de la sollicitude :

- Caroll Gilligan dans le champ de la psychologie développe mentale :

L'ouvrage *In a different voice* a le mérite de poser les jalons de l'éthique de la sollicitude. Si la psychologue Carol Gilligan n'a pas créée le concept, il apparaît que c'est son livre qui a lancé le débat chez les féministes américaines en ouvrant le débat politique entre éthique de la justice et éthique du *care*, entre une moralité centrée sur l'équité, l'impartialité et l'autonomie et une moralité entrevue « d'une voix différente ». L'auteure, ardente féministe défendait une vision de l'éthique et des rapports sociaux, centrée autour de la notion du prendre soin des autres. Son éthique du *care* se présentait comme une forme de réaction à une approche morale traditionnellement dominante (masculine ?) au sein de la société américaine.

- Nel Noddings dans le champ disciplinaire de la Philosophie de l'Education :

Pour Nel Nodding (1984 : p. 24) « la pratique du *care* implique de sortir de son propre cadre de référence pour rentrer dans celui de l'autre ».¹¹ Dans son ouvrage de 1984, *Caring: A feminine approach to ethics and moral education*, l'auteure intègre l'éthique de la sollicitude non seulement à la philosophie, mais surtout à l'éducation morale. En posant la rencontre morale de l'autre comme un objet primordial, Nel Nodding définit l'importance particulière de la sollicitude dans l'interrelation entre une *carer* et un *carer for*. Le premier terme se rapportant à la personne aidante, qui se soucie de... Le deuxième terme renvoyant à la personne aidée dont on se soucie. Le terme de sollicitude désignant alors l'attitude et le comportement du *carer* dans la relation dyadique, dans une éthique qu'elle qualifie de relationnelle.

¹⁰ En 1971, Milton Mayeroff cherche à donner une définition phénoménologique de la sollicitude dans son ouvrage *On caring* (cité dans la préface de la traduction française de l'ouvrage de Jean Watson, 1998).

¹¹ “*Caring involves stepping out of one's own personal frame of reference into the others*”. (Dans le texte, traduction libre, page 24).

- Joan Tronto dans le champ disciplinaire de la Philosophie de l'Education :

Joan Tronto, Professeure de théorie politique au Hunter College de l'université de New York, est l'auteure d'un livre paru en 1993, intitulé *Un monde vulnérable, pour une politique du care*. Dans cet ouvrage, l'auteure développe une théorie politique proche de la justice au sens de l'éthique en intégrant les valeurs de prévenance, de compassion, d'attention aux besoins des autres, valeurs qui seraient rarement prises en compte politiquement au sein de la cité. Pour Joan Tronto, la pratique du *care* peut être distingué en quatre phases :

- Le *care about* : [se soucier de] qui implique la reconnaissance d'un besoin et la nécessité de la satisfaire.
- Le *taking care of* : [se charger de ; s'occuper de] qui implique le fait d'assumer la responsabilité de répondre au besoin identifié.
- Le *care-giving* : [accorder ; donner des soins ; prendre soin] qui recouvre la pratique du soin en elle-même.
- Le *care-receiving* : [recevoir des soins ; recevoir le soin] qui recouvre la réaction de celui qui fait l'objet des pratiques de soin. Cette réaction étant le seul critère du fait.

3.2. Similitudes et différences

Le plus important au niveau des similitudes relève des dimensions des deux expressions en présence. Cette complémentarité (*caring* et *bienveillance*) se retrouve à la fois dans une approche éthique et humaniste. Ce qui caractérise le plus l'humanisme contemporain, ce sont les notions de respect de la condition humaine, à la fois la personne humaine dans sa singularité et la personne humaine en son épanouissement. Dans cet *humanitas* toujours à considérer, la notion de bienveillance renvoie à une éthique originelle fondée sur cette approche de *faire sens en tout agir*.

Au niveau des points de différence, nous en mentionnerons trois :

- Le *caring* est présenté comme *une théorie, une science et une philosophie*. La bienveillance est et serait présentée comme une façon d'aller dans l'existence, un accomplissement, un processus, une démarche où la valeur humaine essentielle est *l'agir*.
- Le *caring*, en fonction des lectures et appréciations qui en sont faites, se présente comme un savoir scientifique fondé, et probablement figé n'admettant pas, peu ou prou l'innovation et la controverse. La bienveillance ne prétend pas au statut de la scientificité, elle s'ouvre à tous les possibles, à la créativité, au sens de l'existence, à la finitude, à la faillibilité et aux incertitudes du plus grand nombre.

- Le *caring* s'inscrirait dans une approche essentiellement, voire exclusivement soignante alors que la bientraitance est résolument **pluri-professionnelle** et **trans-professionnelle**. Elle accepte la contingence, le maillage et l'interaction entre professionnels de santé, bénévoles d'association, usagers des soins, association des familles... *Elle agit pour et avec autrui.*

4. Le droit, un cadre pour la bientraitance

Dans cette revue de la littérature, le droit a une large place. Nous ne ferons pas ici la revue exhaustive des grands textes internationaux et français qui définissent les droits de la personne. Nous évoquerons simplement les textes qui reprennent les notions de respect de la dignité, de l'intégrité, de la vie privée, de l'intimité, de la sécurité des personnes soignées et de leurs proches.

Déclaration Universelle des droits de l'homme (10 décembre 1948) à l'ONU :

Article premier :

Tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits. Ils sont doués de raison et de conscience et doivent agir les uns envers les autres dans un esprit de fraternité.

Article 3 :

Tout individu a droit à la vie, à la liberté et à la sûreté de sa personne.

Article 5 :

Nul ne sera soumis à la torture, ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants.

Déclaration des droits des personnes handicapées (9 décembre 1975) à l'ONU :

Article 3 :

Le handicapé a essentiellement droit au respect de sa dignité humaine. Le handicapé, quelles que soient l'origine, la nature et la gravité de ses troubles et déficiences, a les mêmes droits fondamentaux que ses concitoyens du même âge, ce qui implique en ordre principal celui de jouir d'une vie décente, aussi normale et épanouie que possible.

Article 5 :

Le handicapé a droit aux mesures destinées à lui permettre d'acquérir la plus large autonomie possible.

Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante (mars 1988 puis 1999) par la Fondation Nationale de Gérontologie et le Ministère des Affaires Sociales.

Article premier :

Toute personne âgée dépendante garde la liberté de choisir son mode de vie. Elle doit pouvoir profiter de l'autonomie permise par ses capacités physiques et mentales, même au prix d'un

certain risque. Il faut l'informer de ce risque et en prévenir l'entourage. La famille et les intervenants doivent respecter le plus possible son désir profond.

Article 8 :

La prévention de la dépendance est une nécessité pour l'individu qui vieillit.

Lois :

Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. Journal Officiel de la République Française, 23 avril 2005.

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Journal Officiel de la République Française, 5 mars 2002.

Loi n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs figurant à l'Article L.1112-4 du code de la santé publique.

Circulaires :

Circulaire DGAS/2A no 2008-316 du 15 octobre 2008 relative au renforcement des missions d'inspection et de contrôle au titre de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées.

Circulaire DGAS/2A no 2007-112 du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance.

Circulaire n° DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée.

Rapports publics :

RAPPORT, mise à jour de la certification, guide, Haute Autorité de Santé (HAS), Pratiques Exigibles Prioritaires (PEP) :

Critère 9a : gestion des plaintes et réclamations,

Critère 10a : démarche de bientraitance,

Critère 13a : accompagnement de fin de vie.

De Henezel, M., (2007). *La France palliative*, Paris, Rapport public, Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la vie associative.

De Henezel, M., (2003). *Mission « Fin de vie et accompagnement »*, Paris, Rapport public, Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées.

5. Considérations conclusives...

Il ne sera pas aisé de préciser les caractéristiques précises de la notion de bientraitance tant celles-ci paraissent peu systématiques et non spectaculaires. Peu spectaculaires en effet tant la notion touche à *ces petites choses, ces menues choses* (un ensemble de comportements respectueux ; un professionnalisme avisé ; une bienveillance tout au long du séjour du patient ; la recherche d'un environnement sécurisé...) qui lorsqu'elles sont mises bout à bout ne sont jamais anodines pour une personne soignée tant elles témoignent de la qualité du

service rendu et de cette grande attention portée à l'humain. Une telle employabilité de l'expression *menues choses* inscrit principalement la bienveillance dans l'excellence, dans ce qu'il y a de mieux. La mise en valeur de l'utilité de ces *petites choses* pour la santé des personnes s'inscrit dans une démarche de bienveillance. Démarche qui pousse le professionnel de santé à aller à la rencontre de l'autre sur le chemin qui est le sien (*je marche vers de...*) dans un mouvement qui pousse à s'éveiller à la « merveille » de l'autre selon les propos d'Albert Jacquard.¹²

« *Les petites choses, si anodines en apparence, si peu sophistiquées et si peu spectaculaires soient-elles font partie de la vie de chacun et sont donc nécessaires au déploiement de la santé de la personne* » (Hesbeen, 1999 : p. 18). Ces *petites choses*, cette attention de tous les instants, cette présence organisée pour être continue (continuité des soins), cette qualité de la présence aux moments les plus imprévisibles où les personnes soignées et leurs familles expriment leurs confidences, leurs espoirs, leurs projets, leurs solitudes, leurs souffrances... sont parfois plus déterminantes que les soins de haute technicité. Alors, nous dirons, que la bienveillance s'inscrit dans la quête du sens, dans la vigilance critique intemporelle et dans cette posture de questionnement qui soumet « *les vieilles habitudes* », les « *on a toujours fait comme ça* » et les « *vieilles choses* » à une interrogation constante de nos croyances, de nos attitudes, de nos comportements, de nos pratiques professionnelles...

¹² Pour Albert Jacquard, la véritable définition de l'humanité, c'est l'évidence de la conscience. « *C'est parce que l'on m'a dit « tu », que je me suis pris pour quelqu'un et que je suis devenu quelqu'un* ». Lorsque cet auteur écrit « *je* », il reconnaît être capable de sortir de soi-même pour se regarder comme un autre. « *Je est un autre* », dit Arthur Rimbaud. De la même façon, je dis « *je* » parce qu'un autre m'a regardé ». Extrait de « Comment définir l'être humain aujourd'hui ? » in *Perspective soignante*, Paris, Seli Arslan, n°17, septembre 2003, pp. 20-31, cit., p. 27.

Lorsque le doute naît, lorsque nous perdons de vue cette qualité du service rendu, lorsque...

« ... Nous regardons le danger et dans ce regard nous percevons la croissance de ce qui sauve. Ainsi, nous ne sommes pas encore sauvés. Mais quelque chose nous demande de rester en arrêt, surpris, dans la lumière croissante de ce qui sauve. Comment est-ce possible ? C'est possible ici, maintenant et dans la souplesse de ce qui est petit de telle façon que nous protégeons ce qui sauve pendant sa croissance. Ceci implique que nous ne perdions jamais de vue l'extrême danger... »

Martin HEIDEGGER, 1958

C'est sur ces lignes de Martin HEIDEGGER, que nous fermons provisoirement cette revue de la littérature. Puissent ces quelques pages nous aider à nourrir, enrichir et co-construire notre réflexion.

6. Bibliographie

6.1. Ouvrages

Collière, M.-F., (2001). *Soigner... le premier art de la vie*, Paris, Masson, [1ère édition, 1996, InterEditions].

Collière, M.-F., (1982). *Promouvoir la vie. De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*, Paris, InterEditions.

Dostoïevski, F., (1952). *Les frères Karamazov*, traduit du russe par Mongault, H., Paris, Gallimard, Bibliothèque de la Pléiade.

Gilligan, C., (2008). *Une voix différente, pour une éthique du care*, Paris, Flammarion, coll. Champs Essais [1ère édition, 1982, Harvard University Press].

Gilligan, C., (1998). *In a different Voice*, Harvard University Press.

Heidegger, M., *Etre et temps*, Paris, Gallimard, 1977, trad.Vezin, (1^{ère} édition, 1927).

Kant, E., (1992). *Fondements de la métaphysique des moeurs*, Paris, Vrin.

Levinas, E., (1990). *Totalité et infini. Essai sur l'extériorité*, Paris, Le Livre de Poche, 1990 [1^{ère} édition, 1961].

Levinas, E., *Le temps et l'autre*, Paris, PUF, 1985.

Noddings, N., (1984). *Caring: A feminine approach to ethics and moral education*, Berkeley, University of California Press.

Ricoeur, P., *Soi-même comme un autre*, Paris, Le Seuil, 1990.

Spaemann, R., (1997). *Bonheur et bienveillance. Essai sur l'éthique*, Paris, Presses Universitaires de France.

Tronto, Joan C., (2009). *Un monde vulnérable, pour une politique du care*, traduit de l'anglais par Maury, H., Paris, La Découverte.

Tronto, Joan C., (1993). *Moral Boundaries: A Political Argument for an Ethic of Care*, New York, Routledge.

Watson, J., (1998). *Le caring. Philosophie et sciences des soins infirmiers*, traduction française sous la direction de Josiane Bonnet, Paris, Seli Arslan.

Watson, J., (1988). *Nursing Human science and human care, a theory of nursing*, New-York, NLN Press, Jones and Bartlett Publishers.

6.2. Ouvrages collectifs et contributions

Levinas, E., (1991). « La souffrance inutile », dans *Entre nous*, Paris, Grasset, pp. 100-112.

Desmet, H., et Pourtois, J.-P., (2005). *Culture et bienveillance*, Bruxelles, De Boeck, coll. Questions de personne.

(d) Houtaud, A., et Manciaux, M., (2000). « Des mots sur les mots aux mots de demain ou de la maltraitance à la bientraitance avec les mots », in Gabel, G.M., Jesu, F., Manciaux, M., (sous la dir. de), *Bientraitance. Mieux traiter familles et professionnels*, Paris, éditions Fleurus, pp. 35-44.

Heidegger, M., (1958). « La Question de la technique », in *Essais et conférences* (trad. André Préau), Paris, Gallimard.

Herfray, C., (2009). « Bientraitance et maltraitance dans les institutions : de quoi s'agit-il ? », in Deana, C., et Greinier, G., (sous la dir.) *Parents, professionnels à l'épreuve de la rencontre*, Ramonville Saint-Agne, éd. Erès, [1^{ère} édition 2003].

Lemay, M., (2000) « La bientraitance à l'égard des professionnels » in Gabel, G.M., Jesu, F., Manciaux, M., (sous la dir. de), *Bientraitance. Mieux traiter familles et professionnels*, Paris, éditions Fleurus.

Tronto, J., (2006). « Au-delà d'une différence de genre » in Paperman, P., et Laugier, S., (sous la dir. de), *Le souci des autres, Ethique et politique du care*, Paris, éditions EHESS.

6.3. Articles, Actes de Colloque

Hesbeen, W., (1999). « Le caring est-il prendre soins ? », in *Perspective Soignante*, Paris, Seli Arslan, pp. 1-20.

Levinas, E., (1990). « Entretien avec E. Hirsch », dans Hirsch, E., *Médecine et éthique. Le devoir d'humanité*, Paris, Cerf, 1990.

Levinas, E., (1984). « La souffrance inutile », dans *Les cahiers de la nuit surveillée*, n° 3, Paris, Verdier.

Manciaux, M., (2002). « La bientraitance : une utopie mobilisatrice », in *Revue de psychologie de la motivation*, n° 34, décembre 2002, pp. 18-23.

Mayeroff, M., (1965). "On Caring", in *International Philosophical Quarterly* 5, n° 3: 462-474.

Terrisse, B., (2003). « De la bientraitance à la maltraitance : une mince ligne rouge... » in les Actes de colloque du 9^{ème} Congrès international de l'AIFREF, *La bientraitance dans les cultures différentes*, Louvain, 9-12 avril.

Theis, T., (2003). « Respect de la loi, respect de la personne : Kant », in *Le Portique* [En ligne – Revue de Philosophie et Sciences Humaines], 11 | 2003, Le respect. [<http://leportique.revues.org/index548.html>].

6.4. Travaux universitaires et études (thèses, mémoires universitaires, mémoires professionnels)

EHESPlus (2010), *La bientraitance dans les établissements de santé*, étude réalisée par l'Association des élèves de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, pour la Haute Autorité de Santé.

6.5. *Textes législatifs (lois ordonnances, décrets) – Textes réglementaires (arrêtés, circulaires) – Rapports, études et recommandations...*

Lois :

Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. Journal Officiel de la République Française, 23 avril 2005.

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Journal Officiel de la République Française, 5 mars 2002.

Loi n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs figurant à l'Article L.1112-4 du code de la santé publique.

Circulaires :

Circulaire DGAS/2A no 2008-316 du 15 octobre 2008 relative au renforcement des missions d'inspection et de contrôle au titre de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées.

Circulaire DGAS/2A no 2007-112 du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance.

Circulaire n° DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée.

Rapports publics :

RAPPORT, mise à jour de la certification, guide, Haute Autorité de Santé (HAS), Pratiques Exigibles Prioritaires (PEP) :

Critère 9a : gestion des plaintes et réclamations,

Critère 10a : démarche de bientraitance,

Critère 13a : accompagnement de fin de vie.

De Henezel, M., (2007). *La France palliative*, Paris, Rapport public, Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la vie associative.

De Henezel, M., (2003). *Mission « Fin de vie et accompagnement »*, Paris, Rapport public, Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées.

ANESM, « La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre », *in Recommandation de bonnes pratiques professionnelles*, août 2008.

LES CONCEPTS EN PHILOSOPHIE ET EN ÉTHIQUE
DE YANNIS CONSTANTINIDÈS

LES CONCEPTS EN PHILOSOPHIE ET ÉTHIQUE

IFSI TENON

12 janvier 2010

Yannis Constantinidès

Espace éthique / AP-HP

Département de recherche en éthique / Université Paris-Sud 11

I- HUMANITÉ

Définitions

- 1/ Ce qui caractérise l'homme* (le genre humain), par opposition à l'animalité ou la bestialité.
- 2/ « Sentiment actif de bienveillance pour tous les hommes » (Littré). On parle en ce sens d'un « devoir d'humanité ». Voir le **principe de bienfaisance** inspiré d'Hippocrate (l'un des quatre principes de l'éthique biomédicale d'après Beauchamp et Childress).
Or, si c'est un *devoir* de se montrer humain envers les autres, c'est qu'on ne l'est pas toujours spontanément. L'inhumanité est aussi le propre de l'homme.

DEVENIR HUMAIN

Kant parle d'*humanisation* pour qualifier le dépassement progressif de l'animalité (la dépendance par rapport aux pulsions naturelles) et le développement en nous des valeurs morales: respect* de l'autre, compassion, etc.

L'homme n'est plus alors guidé par ses seuls affects égoïstes, mais peut entrer en communication avec les autres pour former une *communauté*. Ce sont ces valeurs communes qui constituent à proprement parler l'humanité.

Illustration

Que signifie concrètement **se montrer humain** à l'égard d'un patient ? Toujours selon Kant, faire preuve de respect* à son égard, ne pas le traiter comme une chose, mais toujours comme une personne - c'est-à-dire reconnaître pleinement son humanité.

De manière moins formelle, il s'agit d'avoir toujours une attitude bienveillante envers lui, même si je le trouve antipathique ou agaçant.

Éthique du *care* (pour ne pas s'en tenir au *cure*).

II - ALTÉRITÉ

Définition

Du latin *alter*, autre. **Caractère de ce qui est autre.**

Autre que moi bien sûr, donc différent, parfois même radicalement.

L'altérité s'oppose à l'identité, donc à ce qui me constitue, à ce qui m'est propre. Elle peut donc être effrayante : peur ou rejet de l'autre, discriminations sociales ou raciales, etc.

Illustration

Reconnaître l'autre, c'est le reconnaître justement dans sa différence, ne pas tenter donc de nier son altérité.

C'est mon alter ego certes, mais il faut être attentif à l'*alter* plus qu'à l'*ego*, c'est-à-dire ne pas le ramener systématiquement à moi, ne pas le juger en fonction de ce que je pense ou de ce que je suis.

Le risque de l'**identification** est précisément de réduire l'altérité à l'identité.

Respecter l'autre veut dire le respecter *en tant qu'autre*.

Aux prises avec l'altérité irréductible

Le visage de l'autre, d'après **Emmanuel Levinas**, est une ouverture sur la transcendance.

Levinas trouve la notion de *personne* encore trop abstraite : l'autre n'est pas seulement une personne humaine, mais un être de chair et de sang, un visage qui m'interpelle immédiatement.

Toute véritable relation avec l'autre suppose ainsi l'**intersubjectivité**, une relation éthique entre sujets.

III – DIGNITÉ

Définition

Du latin *dignitas*, rang (social), honneur.

Valeur intrinsèque de l'homme*, qui le distingue des animaux et qui impose le respect*. Il n'y a de dignité qu'humaine en ce sens.

Dignité est donc pour **Kant** synonyme d'humanité*. Voilà pourquoi le respect* est *dû* aux autres : il consiste tout simplement à leur reconnaître une dignité, c'est-à-dire une valeur équivalente à la mienne.

Précisions

Pour Kant, la dignité ne peut se perdre parce qu'à la différence du prix des choses, elle est incomparable, non négociable et inaliénable.

Cette dignité tient pour lui à la nature rationnelle de l'homme, à son autonomie*.

Même si elle n'a plus aujourd'hui de soubassement théologique (nature divine de l'homme), la notion de dignité a été pourtant étendue à tous, y compris aux êtres privés de raison (déments, handicapés mentaux), ce à quoi Kant se refusait.

Illustration

Qu'implique une reconnaissance* autre qu'abstraite de la dignité de l'autre dans le contexte des soins ? Ne pas le réduire à une chose, à un simple cas, mais lui témoigner toujours le respect* qui lui est dû.

Même si le patient (dément ou en fin de vie par ex.) a perdu tout sentiment de dignité, le traiter malgré tout dignement, c'est-à-dire avec humanité* .

IV - RESPECT

Définition

Le respect de soi correspond précisément au sentiment de sa dignité et le respect des autres à la reconnaissance* de leur dignité* inaliénable.

C'est Kant là encore qui a le plus développé cette valeur éthique en présentant le respect d'autrui comme inconditionnel : on *doit* le respecter même s'il ne se respecte pas lui-même. Cette obligation tient à la pleine et entière **reconnaissance de son humanité.**

Précisions

Le respect est certes un sentiment, nous dit Kant, mais un sentiment dénué d'affect si l'on peut dire. Le respect implique en effet une prise de distance ; il diffère ainsi de la compassion, qui suppose une contagion affective.

Le respect impose de traiter autrui toujours comme une personne (c'est-à-dire une fin en soi) et non simplement comme un moyen (un instrument).

Kant est ainsi à l'origine du **principe de respect de l'autonomie** (cf. Beauchamp et Childress)

Illustration

Le respect de l'autonomie du patient est devenu une règle absolue, une **norme** de la pratique médicale. La loi du 4 mars 2002 sur les droits des malades a ainsi voulu responsabiliser le patient en en faisant un acteur des soins, dans le cadre de la lutte contre le paternalisme médical.

Un tel respect reste pourtant abstrait. On lui préférera dans la pratique le respect de son **intimité**, qui suppose la reconnaissance* de sa vulnérabilité*. C'est alors au soignant de percevoir la gêne du patient, qui ne protestera pas forcément à ce qu'il vit comme une atteinte à sa dignité.

V – LIBERTÉ (AUTONOMIE)

Définition

La liberté est la **capacité de se déterminer sans subir d'influence**. On distinguera ce que Descartes appelle la « liberté d'indifférence », qui consiste à n'en faire qu'à sa tête ou même à faire délibérément le mauvais choix, de la liberté éclairée, qui suppose d'agir rationnellement.

Il y a en ce sens un bon et un mauvais usage de l'autonomie reconnue aujourd'hui aux patients : certains font des choix arbitraires (refus de soins pourtant nécessaires par ex.) alors que la loi sur les droits des malades souhaitait encourager un comportement responsable (le **consentement** recueilli par le médecin est censé ainsi être « libre et éclairé »).

Précisions

Les effets pervers de la promotion de l'autonomie, de la liberté de choisir ne sont plus à montrer : loin d'être raisonné, le choix est alors influencé par les affects (peur, angoisse, etc.).

Il faut donc paradoxalement apprendre à être libre, en exerçant effectivement cette autonomie reconnue par la loi. En ce sens précis, l'autonomie n'est pas un préalable, mais un but auquel doit tendre le soignant, qui doit aider le patient à en faire un bon usage.

Illustration

Le « devoir d'autonomie » (*il faut être autonome, ce qui constitue une injonction paradoxale*), comme on l'a baptisé ironiquement, est souvent dans les faits une feuille de vigne morale qui permet au médecin d'avoir bonne conscience : après tout, c'est le choix du patient, qu'il l'assume ou qu'il le regrette. Certes, on doit tout faire pour le raisonner s'il fait le mauvais choix, s'il va à l'encontre de son propre intérêt, mais s'il s'entête, on est tenu de respecter sa décision.

Ce respect un peu formel de son autonomie supposée s'oppose dès lors au principe de bienfaisance, qui reconnaît pleinement la vulnérabilité* induite par la maladie.

VI - RESPONSABILITÉ

Définition

La liberté va de pair avec la responsabilité : agir librement pour les philosophes, c'est agir de manière responsable, en connaissance de cause.

La responsabilité désigne ainsi la liberté éclairée, la liberté dont on fait un usage rationnel et effectif. Être responsable, c'est pouvoir **répondre de ses actes** : l'irresponsabilité, synonyme d'immaturation, consiste en revanche à faire des choix arbitraires, irrationnels.

Il est beaucoup question aujourd'hui de « responsabiliser » le patient, mais on attend évidemment du soignant lui aussi une attitude responsable.

Bien distinguer ici la responsabilité morale de la responsabilité professionnelle.

Précisions

Cette notion de responsabilité a été développée par un philosophe allemand contemporain **Hans Jonas**, auteur du *Principe responsabilité*.

Précurseur de l'écologie, Jonas invite à étendre la responsabilité morale (au sens où l'entend Kant, c'est-à-dire comme synonyme d'autonomie*) aux générations à venir. Nous ne sommes pas seulement responsables à l'égard de nos contemporains, mais aussi à l'égard de la nature et des enfants à naître.

Le sens de la responsabilité permet de la sorte de sortir d'une perspective étroitement égoïste et de s'ouvrir à l'altérité.

Illustration

Que veut dire agir de manière responsable pour un soignant ? Bien peser le pour et le contre, ne pas perdre de vue ses devoirs à l'égard du patient, agir toujours de manière rationnelle (et non sous l'influence de ses affects) et pouvoir justifier après coup clairement ses actes.

La responsabilité de l'infirmier à l'égard du patient suppose par exemple de se montrer bienveillant envers lui sans pour autant être complaisant. Attitude professionnelle en somme même si c'est avant tout faire preuve d'humanité.

VII - RECONNAISSANCE

Chacun de nous veut être reconnu à sa juste valeur, c'est-à-dire être traité avec dignité*. Ce désir de reconnaissance est encore plus grand chez le malade, qui se sent diminué par la maladie. Il ressent dès lors le non-respect de ses droits encore plus douloureusement que tout un chacun.

La reconnaissance permet ainsi **d'exister face à l'autre, d'être pris en compte**. Inversement, ne pas être reconnu, c'est passer inaperçu, c'est être ignoré, complètement transparent.

Précisions

Le philosophe allemand **Hegel** a fait de la lutte pour la reconnaissance le moteur de conscience de soi, de la prise de conscience de son identité. C'est l'autre qui me permet en effet de me définir, de déterminer ce que j'ai en propre. On souffre de ne pas être reconnu: l'enfant aspire à l'être par ses parents et le patient veut l'être par son médecin.

Axel Honneth, philosophe allemand contemporain, a repris et prolongé la thèse hégélienne en élevant la reconnaissance en moyen le plus sûr d'obtenir une existence sociale.

Illustration

Certains patients adoptent une posture qui peut paraître agaçante de revendication permanente. C'est ce qu'on appelle l'attitude consumériste de l'utilisateur du système de santé. Or, reconnaître pleinement les droits du malade ne veut pas dire céder à tous ses caprices.

Il suffit en général de lui témoigner des égards (repas apporté à l'heure, sourire, etc.), ce qui satisfait son besoin de reconnaissance. Ce qui ne lui interdit pas de faire preuve lui-même à l'occasion de reconnaissance à l'égard des soignants !

VIII - VULNÉRABILITÉ

Du latin *vulnerare*, blesser. La personne vulnérable est celle qui peut être blessée.

La maladie, en entraînant généralement une perte d'autonomie, nourrit bien sûr ce sentiment douloureux de vulnérabilité, c'est-à-dire de **fragilité**, de **précarité**.

L'évidence de la vulnérabilité oblige ainsi à nuancer le « devoir d'autonomie » que l'on fait aujourd'hui au patient.

Précisions

Nous sommes ici plus près du principe de bienfaisance, souvent jugé paternaliste, que du principe de respect de l'autonomie, qui se heurte à cette réalité de la vulnérabilité induite par la maladie.

La maladie nous rappelle la précarité fondamentale de l'être humain. Sa **néoténie** fait qu'il est au départ totalement dépendant ; lourde dépendance que la maladie grave entraîne à nouveau.

Illustration

La vulnérabilité est première et s'il faut encourager les patients à être autonomes, cette autonomie ne saurait être totale. Il faudrait plutôt envisager une autonomie certes réduite mais bien réelle, confortée par l'aide apportée par le soignant (penser à l'appareillage, etc.)

On peut alors parler, de manière volontairement paradoxale, d'autonomie assistée, d'autonomie dans l'interdépendance, puisque la dépendance est (inégalement) partagée.

Compléments

Les autres notions au programme (**intégrité, identité sociale, engagement, parole donnée**) sont certes moins importantes que celles qui ont été retenues ici, mais l'on peut en dire rapidement quelques mots.

L'engagement renvoie précisément à la parole donnée, à la promesse faite. Il faut lier cette notion à celle de responsabilité*, morale mais aussi professionnelle. Il est clair que lorsqu'on s'engage dans le métier d'infirmier, on engage en même temps sa responsabilité.

Intégrité

Un soignant doit, dans la mesure du possible, sauvegarder ou restaurer l'intégrité, physique et psychique, du patient, mise à mal par la maladie.

L'intégrité peut justement être définie comme l'« état d'une chose saine et sans altération » (Littré). Il faut en ce sens prendre conscience que la perte d'autonomie* qu'entraîne le fait de tomber malade met en danger notre intégrité, notre unité essentielle. Sachant que toute infirmité physique (NB. *infirmus* en latin veut dire non ferme, non solide, faible, fragile ; a donné en français *infirmes* mais aussi *infirmier* !) finit par avoir des conséquences psychiques.

Identité sociale

Il ne s'agit pas à proprement parler d'une notion éthique, mais plutôt de la prise en compte du statut social du patient, qui n'a rien d'indifférent, surtout de nos jours.

L'identité sociale se distingue de l'identité individuelle dans la mesure où elle renvoie aux catégories socio-professionnelles des individus, envisagés de la sorte dans leur contexte d'appartenance. Des études sociologiques (Sylvie Fainzang par exemple pour la relation médecin/malade) ont montré que les médecins ne s'adressent pas de la même manière à des patients qui ont fait des études et à des patients sans éducation. L'information que reçoivent les premiers est plus complète et souvent plus proche de la vérité.

L'avantage de cette notion, c'est qu'elle permet de tenir compte de la place qu'occupe le sujet dans la société plutôt que de l'envisager de manière isolée, comme s'il pouvait se suffire à lui-même. Elle ouvre la voie à une approche multiculturelle des patients, qui permet d'éviter tout « européocentrisme ».

L'inconvénient, c'est que l'identité sociale de l'individu a tendance à occulter son identité subjective, personnelle. Or, un soignant ne doit jamais oublier (Hippocrate le disait déjà !) qu'il a toujours affaire, dans la relation de soin, à un individu particulier, qui ne ressemble à aucun autre. Il ne lui faut donc pas céder à la facilité de la catégorisation ou de la généralisation.

QUELQUES REMARQUES SUR LA BIEN-TRAITANCE
DE YANNIS CONSTANTINIDÈS

Quelques remarques sur la bientraitance

Il a souvent été dit lors des réunions que la bientraitance est une notion à envisager positivement et non comme le simple contraire de la maltraitance. Il était aussi question de la distinguer de notions proches telles que la bienveillance et/ou la bienfaisance.

Mais le défi n'a pas été entièrement relevé à mes yeux parce qu'il est d'une part difficile de penser la bientraitance en soi, alors que la notion est explicitement développée dans le cadre de la lutte contre la maltraitance, active ou passive ; d'autre part, la différence entre bientraitance et bienfaisance¹ ne me paraît pas très nette et l'on peut se demander à cet égard s'il est bien utile d'introduire une nouvelle notion (de surcroît mal définie, comme l'a montré Nadia Péoc'h dans sa revue de littérature) alors qu'existent déjà en médecine (depuis plus de deux millénaires !) des notions ou des valeurs bien établies.

Je m'étonne à cet égard qu'il n'y ait pas eu de référence (en tout cas dans ce que j'ai pu lire, n'ayant assisté qu'à deux réunions du groupe 5) à l'ouvrage classique de Tom Beauchamp et de James Childress, *Les Principes de l'éthique médicale* (1979 ; trad. fr. Les Belles Lettres, 2008), qui propose une liste de quatre principes fondamentaux : principe de bienfaisance, de non-malfaisance, de respect de l'autonomie et d'équité. Les deux premiers sont inspirés de l'éthique hippocratique alors que les deux derniers sont plus modernes (le principe d'autonomie provient de Kant et celui d'équité de John Rawls).

On constate tout d'abord que la bienfaisance est logiquement pensée de pair avec la non-malfaisance (peut-être faudrait-il également introduire dans notre réflexion, pour la nuancer, la notion de **non-maltraitance** ?) On remarquera aussi qu'au moment de proposer des repères concrets pour la pratique médicale (l'éthique médicale est élaborée dans les années 1970), on se tourne naturellement vers le père fondateur non seulement de la médecine, mais aussi de l'éthique médicale, Hippocrate.

Certes, le corpus hippocratique ne contient pas de principes à proprement parler (on a reproché à juste titre à Beauchamp et Childress leur « principisme »

¹ La bienveillance apparaît plus comme une disposition psychologique (vouloir le bien d'autrui, faire preuve d'humanité) alors que la bienfaisance consiste à passer à l'acte si l'on peut dire (faire le bien d'autrui). Cette dernière notion recouvre donc plus précisément ce que l'on entend ou souhaite entendre par « bientraitance ».

quelque peu dogmatique) : il s'agit plutôt de « préceptes » destinés aux médecins, de règles de bonne conduite pour ainsi dire.

Or, on trouve dans les *Épidémies* (I, 5) – ce premier livre, un des plus anciens du traité, a été rédigé à la fin du V^e siècle av. J.-C. – le fameux précepte : « *Le praticien doit avoir, dans les maladies, deux objets en vue : être utile ou du moins ne pas nuire.* » Le résumé tardif que l'on en a fait (*Primum non nocere*, « d'abord ne pas nuire ») ne doit donc pas induire en erreur : il s'agit de s'efforcer d'abord d'être bienveillant ou, à défaut, de tâcher *au moins* de ne pas être malfaisant (à son insu surtout, Hippocrate ayant déjà clairement conscience du caractère le plus souvent involontaire de la maltraitance ; c'est pourquoi le médecin doit être attentif au patient, l'écouter, etc., pour éviter de lui nuire par accident ou par excès de bonne volonté). La bienfaisance comme idéal de la pratique médicale en somme, et la non-malfaisance comme moindre bien si l'on peut dire. En termes actuels : s'assurer au moins que l'on n'est pas maltraitant quand on ne peut pas être bientraitant. Impossible donc de penser la bientraitance séparément de la maltraitance (toujours possible, naturelle même, puisqu'il faut faire un effort conscient pour l'éviter).

Pour compléter cette rapide mise en perspective historique, il est intéressant de mentionner également l'autre grand médecin de l'Antiquité, Galien (II^e siècle ap. J.-C.), qui discute justement ce précepte hippocratique dans son Commentaire du livre I des *Épidémies*. Galien avoue sans fard que ce précepte lui a d'abord semblé banal, voire superflu tant la bienveillance semble aller de soi chez le médecin, que l'on peut difficilement soupçonner d'être maltraitant :

« *Pour ma part, je pensais autrefois que cette maxime était insignifiante et indigne d'Hippocrate. Je pensais, en effet, que pour tous les hommes il était clair qu'il faut que le médecin vise au mieux l'utilité des malades, sinon le fait de ne pas leur nuire. Mais quand j'ai vu bien des médecins réputés accusés à juste titre pour ce qu'ils avaient fait soit en pratiquant la phlébotomie, soit en baignant, soit en donnant un médicament, ou du vin, ou de l'eau froide, j'ai compris que peut-être à Hippocrate lui-même une telle chose était arrivée et qu'en tout cas nécessairement cela était arrivé à bien d'autres médecins de son temps ; et, à partir de ce moment-là, j'ai estimé au-dessus de tout, si d'aventure je devais administrer quelque puissant remède au malade, d'examiner au préalable en moi-même non seulement combien je serai utile en atteignant mon but, mais aussi combien je nuirais en ne l'atteignant pas. Je n'ai donc jamais rien fait sans avoir auparavant moi-même pris soin, au cas où je n'atteindrais pas le but, de ne nuire aucunement au malade. Au contraire, certains médecins, à la manière de ceux qui jettent les dés, en cas d'échec, apportent un très grand dommage aux malades. Sans*

doute, pour ceux qui apprennent l'art, je sais que, comme ce fut mon cas, la maxime 'être utile ou ne pas nuire' paraîtra ne pas être digne d'avoir été écrite par Hippocrate ; mais pour ceux qui exercent désormais la médecine, je sais parfaitement que la force de la formule apparaîtra ; et s'il arrive que par suite de l'usage aventuré d'un remède fort, le malade meure, ils comprendront au plus haut point la force de ce qu'Hippocrate a conseillé maintenant. »²

De même, l'exigence éthique de bienveillance paraîtra sans doute banale à première vue à la plupart des médecins aujourd'hui (le médecin étant par vocation bienveillant), mais s'imposera à terme comme nécessaire si elle n'est pas présentée comme un impératif catégorique, comme un devoir imposé d'en haut. Gageons qu'il y aura dans ce cas de fortes résistances ou du moins des réticences à appliquer ce qui pourra être perçu comme des « recettes » arbitraires de bonne conduite. Il faudrait plutôt idéalement que la bienveillance apparaisse comme un aspect indispensable de la pratique médicale, et non comme un code moral plaqué de l'extérieur et visant une moralisation de la pratique médicale.

À cet égard, il me paraît essentiel de ne pas dissocier le souci de bienveillance de la lutte contre la maltraitance, même s'il est parfaitement compréhensible qu'on souhaite lui donner un contenu positif et non seulement *réactif*. Le premier pas vers la bienveillance, comme Galien le suggère déjà, est en effet la prise de conscience de la maltraitance insidieuse. N'oublions pas le « complexe de bon samaritain » dont souffre ordinairement le soignant, qui explique qu'il admet mal d'être remis en cause par ceux qu'il aide. [On pourrait évoquer aussi *L'Ours et l'amateur des jardins* de La Fontaine, l'ours, tout à sa volonté louable d'aider son ami jardinier, n'ayant nullement conscience de sa maladresse : il tue par mégarde son ami dormant en voulant écraser avec un pavé (!) une mouche qui tournait autour de son visage. Moralité à retenir pour le médecin !]

Cela illustre parfaitement les dangers d'une bienveillance peu éclairée, abusive si j'ose dire. Il n'est pas si facile en effet de démêler la bienveillance de la maltraitance : l'opposition est dynamique en quelque sorte. On peut parfaitement *vouloir* être bienveillant tout en semblant maltraitant aux yeux du patient, etc. Méfiance donc encore une fois quant à toute volonté d'hypostasier la bienveillance, d'en faire un principe moral absolu : morale et médecine ne font pas bon ménage.

² Cité et traduit par Jacques Jouanna, *Hippocrate*, Fayard, 1992, p. 215. Voir aussi l'Introduction d'Émile Littré à son édition des *Œuvres complètes d'Hippocrate* (J. B. Baillière, 1839), tome I, chap. XIV, p. 466. [En téléchargement libre sur Google Livres.]

J'ajoute une brève remarque sur l'éthique du *care*, très à la mode et sans doute directement à l'origine de la réflexion récente sur la bienveillance. Cette éthique féministe, qui insiste à juste titre sur la dépendance et la vulnérabilité des patients, fut à l'origine une réaction bienvenue à une pratique de plus en plus technique et de moins en moins consciente de son indifférence (maltraitante) pour le malade au profit de la maladie. Mais cette sollicitude ou ce prendre-soin plus respectueux de la personne souffre d'un certain intellectualisme³.

Le risque est donc une fois de plus de plaquer sur la pratique médicale une éthique philosophique élaborée séparément d'elle (d'ailleurs, le *care* ne s'arrête pas au soin, mais a été conçu par Carol Gilligan comme une éthique bien plus vaste, aux implications également politiques et sociales). Il est d'ailleurs frappant de constater que l'on retrouve avec la distinction entre éthique masculine ou paternaliste (reposant sur l'autonomie et l'équité) et éthique féminine (maternelle ?) le vieux partage des tâches entre médecins traitant froidement les patients et infirmières (souvent des bonnes sœurs) les consolant ou même les maternant. *Care* et *caritas* ne sont certes pas des notions étymologiquement proches, mais leur consonance prête tout de même à penser.

Avant même le christianisme (voir la 1^{ère} Épître de Paul aux Thessaloniens, 2, 8, où est évoquée favorablement la tendresse de la nourrice), les auteurs grecs opposaient la rudesse du médecin (qui s'accompagne toutefois de franchise) aux manières émoussées de la nourrice d'enfants, qui prend certes bon soin d'eux, mais les maintient dans une dépendance fâcheuse plutôt que de les aider à sortir de l'enfance.

Yannis Constantinidès

Professeur de philosophie à l'Espace éthique de l'AP-HP

³ Pour plus de détails, voir ma discussion critique de l'éthique du *care* dans un ouvrage co-écrit avec Frédéric Pariaud : « Les limites du *care* », in *Regards croisés sur l'ostéopathie*, De Boeck éditions, 2010, p. 14-15.



7. CONTRIBUTIONS FOURNIES PAR LES MEMBRES DU COMITÉ DE PILOTAGE

QUELQUES RÉFLEXIONS SUR LA BIEN-TRAITANCE

DE PHILIPPE JEAN

CENTRE HOSPITALIER DE PAU
Direction des affaires médicales & des droits des patients

Pau, le 9 novembre 2010

QUELQUES REFLEXIONS SUR LA « BIENTRAITANCE »

A la lecture des documents communiqués aux membres du Comité de pilotage sur la Bienveillance à l'hôpital, je voudrais vous faire part de quelques réflexions en ma qualité de juriste praticien du monde hospitalier. Cette position un peu particulière m'a permis d'observer, au fil des années, les clivages socio-culturels entre les différentes catégories de professionnels de santé (parmi lesquels j'englobe non seulement les médecins et les paramédicaux et les médico-techniques, mais aussi les personnels des filières administratives, techniques ou ouvrières (même si leur relation directe au patient est rare au delà du bureau des entrées). Donc l'ensemble des personnels hospitaliers. Elle m'a aussi permis d'analyser les contradictions inhérentes à la théorie juridique, s'exprimant par des formules abstraites à caractère général, confrontées à des réalités plus difficiles dans les pratiques professionnelles concrètes (exemple concret : « le patient a droit à une information claire, loyale et intelligible » ; comment traduite cette belle formule dans des guides de bonnes pratiques tenant compte de la diversité des disciplines, du niveau socio-culturel de compréhension, des mécanismes psychologiques d'incommunicabilité ...).

A ce stade, trois thèmes ont retenu plus particulièrement retenu mon attention :

- 1.- Contribution à la définition de la bienveillance
- 2.- La « bienveillance » des personnels hospitaliers
- 3.- Les droits et obligations des patients

[1] Contribution à la définition de la « bientraitance »

Dans la plupart des documents consultés (trop rapidement peut-être), la recherche de la définition de la bientraitance fait ressortir deux tendances majeures complémentaires : d'une part, un versant psychologique lié à l'empathie dans la relation soignant soigné, déclinée sous différentes formes, d'autre part un versant afférent aux pratiques professionnelles des soignants.

Ces deux approches complémentaires sont tout à fait légitimes, elles explorent des champs très diversifiés mais qui relèvent peu de mon champ de compétence.

Dans une approche juridique/institutionnelle/philosophique/politique, je situerai la « bientraitance » dans deux approches complémentaires :

- le droit à des soins de qualité (et je rejoins là l'approche « pratico-professionnelle »)
- le respect des droits et plus encore de la dignité des personnes.

Cette approche est discutable dès lors qu'elle est susceptible de restreindre quelque peu le champ de la « bientraitance ». Toutefois, elle permet de faire émerger une question qui ne me paraît qu'exceptionnellement évoquée : quelle « sanction » (en termes positif ou négatif) pour les pratiques de bientraitance, d'insuffisance ou d'absence de bientraitance ?

1.1.- Le droit à des soins de qualité

La Loi du 4 mars 2002 a clairement établi le droit à l'accès aux soins, mais, au delà de ce premier principe, les soins doivent être aussi **des soins de qualité**. Cette thématique des droits à des soins de qualité instaurée par la Loi du 31 juillet 1991 s'était traduite, dans l'ordonnance du 24 avril 1996, par la définition de la **procédure d'accréditation**, désormais obligatoire pour tous les établissements. Celle-ci est fondée sur la finalité explicitement affirmée par les deux premiers alinéas de l'article L. 710-5 du code de la santé publique¹ (les dispositions de cet article sont désormais transposées dans les art. L. 6113-3 à L. 6113-6 CSP).

Elle a été mise en œuvre par un nouvel organisme, doté du statut d'établissement public à caractère administratif, l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé² (ANAES), qui se substituait à l'Agence nationale pour l'évaluation médicale (ANDEM). La loi de santé publique du 13 août 2004 a ultérieurement intégré les missions de l'ANAES dans la nouvelle **Haute Autorité de Santé (HAS)**, autorité administrative indépendante, à compter du 1^{er} janvier 2005.

¹ Cf. Ordonnance du 24 avril 1996, précitée, art. 2. Soulignons cependant que l'objectif essentiel de l'ordonnance était de contribuer à la maîtrise des dépenses hospitalières, dans le cadre d'un plan plus large tendant à la « sauvegarde » de la protection sociale ; les arguments de qualité tirés de l'évaluation sont utilisés non seulement pour la qualité en soi ou la sécurité (les mises aux normes deviennent de plus en plus coûteuses : demeureront-elles accessibles à tous les établissements ?), mais aussi comme motivations dans les procédures de planification, d'autorisation, de conclusion de contrats d'objectifs et de moyens ou d'attribution de la dotation globale annuelle.

² Cf. Chapitre IV du Livre VIII : art. L. 791-1 et s. CSP, insérés par l'art. 4 de l'ordonnance du 24 avril 1996, précitée. Voir désormais les art. L. 1414-1 et s. CSP (ordonnance du 15 juin 2000).

Différents articles du Code de la santé publique mettent en valeur l'articulation des procédures d'évaluation de la qualité des soins et de la prise en charge et le respect des droits des patients :

Ainsi, aux termes de l'article L. 1110-7 CSP: « L'évaluation prévue à (...) et la certification prévue à (...) prennent en compte les mesures prises par les établissements de santé pour assurer le respect des droits des personnes malades et les résultats obtenus à cet égard. Les établissements de santé rendent compte de ces actions et de leurs résultats dans le cadre des transmissions d'informations aux agences régionales de santé. »

Nous pouvons aussi nous référer aux articles :

- L. 1112-2 : « La qualité de la prise en charge des patients est un objectif essentiel pour tout établissement de santé. Celui-ci doit procéder à une évaluation régulière de leur satisfaction, portant notamment sur les conditions d'accueil et de séjour. Les résultats de ces évaluations sont pris en compte dans la certification (...). »

- L. 6113-1 : « Afin de dispenser des soins de qualité, les établissements de santé, publics ou privés, sont tenus de disposer des moyens adéquats et de procéder à l'évaluation de leur activité. »

- L. 6113-2 : « Les établissements de santé, publics ou privés, développent une politique d'évaluation des pratiques professionnelles, des modalités d'organisation des soins et de toute action concourant à une prise en charge globale du malade afin notamment d'en garantir la qualité et l'efficacité. / La Haute Autorité de santé, contribue au développement de cette évaluation. / L'évaluation des pratiques médicales doit respecter les règles déontologiques et l'indépendance professionnelle des praticiens dans l'exercice de leur art. »

La Loi HPST du 21 juillet 2009 a recentré les attributions de la Commission médicale d'établissement sur la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins comme en témoignent désormais les articles R. 6144-2 et suivants CSP, issus du décret n° 2010-439 du 30 avril 2010.

Mais il s'agit d'une compétence partagée avec la Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques dont les attributions sont fixées par l'article R. 6146-10 (I), aux termes duquel : « La commission (...) est consultée pour avis sur : (...) / 2° L'organisation générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ainsi que l'accompagnement des malades ; / 3° La politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques liés aux soins ; / 4° Les conditions générales d'accueil et de prise en charge des usagers ; (...) »

Le schéma institutionnel dans ce domaine se révèle complexe. Sont ainsi étroitement imbriquées les prérogatives du Président du directoire qui décide, conjointement avec le Président de la commission médicale de la politique :

- d'amélioration de la qualité et de la gestion des soins (art. L. 6143-7, 2° ; art. D. 6143-37, al. 1), après avis du Conseil de surveillance, du Comité technique d'établissement et de la Commission des soins. Le suivi de cette politique serait du seul ressort du

Président de la Commission médicale qui pourrait à cette fin organiser des évaluations internes (art. D. 6143-37, al. 2) ;

- relative aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, après avis de la Commission des soins et du Conseil de surveillance, la Commission médicale et la Commission des relations avec les usagers contribuant l'une et l'autre à l'élaboration de cette politique !

1.2.- Le respect de la dignité des personnes hospitalisées

Le respect du patient, de ses droits, de sa dignité constitue le **fondement philosophique et éthique** de la responsabilité des professionnels de santé. L'acceptation de ce principe permet d'affirmer un fondement moral qui trouve sa légitimité dans l'humanisme et l'altruisme (à dissocier d'une approche trop spécifiquement « corporative »).

Elle est pleinement convergente, en outre, avec les valeurs fondatrices du service public hospitalier³ et elle découle de la philosophie juridique inspirant le droit français depuis la Seconde guerre mondiale : le principe du **respect de la dignité** « au lendemain de la victoire remportée par les peuples libres sur les régimes qui ont tenté d'asservir et de dégrader la personne humaine », a été inscrit dans le préambule de la Constitution de la IV^{ème} République demeuré en vigueur après 1958 sous la V^{ème} République.

La réflexion plus générale sur l'éthique médicale se fonde sur le « Code de Nuremberg », issu des attendus du Tribunal international qui poursuit et condamne les médecins criminels du régime nazi⁴.

Le principe de dignité⁵ ainsi reconnu depuis 1946 a trouvé une traduction juridique effective dans la jurisprudence constitutionnelle en 1994, à l'occasion du contrôle de constitutionnalité de la loi bioéthique⁶ puis dans la jurisprudence administrative sur des questions étrangères au droit de la santé : police des spectacles, à propos du « lancer de nains »⁷, droits des détenus dans les prisons françaises⁸.

S'agissant des établissements de santé, on peut mentionner l'apport le plus original de la 1^{ère} Charte de 1974 qui réside dans une seule phrase, presque un seul mot dans la circulaire puis dans la Charte elle-même : « *un droit essentiel figure dans la charte, le droit pour le malade au respect de sa dignité et de sa personnalité, condition d'une véritable humanisation de*

³ Cf. art. L. 6112-2 et s. du code de la santé publique dans leur rédaction antérieure à la Loi HPST : la nouvelle rédaction des dispositions relatives aux principes d'égalité et de continuité a été atténuée dès lors que le nouveau « service public » (la qualification d'« hospitalier » ayant disparu) comporte des missions qui peuvent être sollicitées ou revendiquées par les établissements de santé privés (les termes « à but lucratif » ont disparu de l'appellation mais non de la vocation de ces établissements).

⁴ Cf. Claire Ambroselli, L'éthique médicale, Que sais-je ? n° 2422, PUF, 1994, p. 81 et s.

⁵ Sur un exposé récent de la question, voir : Comité de réflexion sur le Préambule de la Constitution, Rapport au Président de la République, décembre 2008, 2^{ème} partie, G.- La reconnaissance du principe de dignité de la personne humaine, pp117 et s. (La Documentation française, Bibliothèque des rapports publics (accessible par Internet))

⁶ Conseil constitutionnel, 27 juillet 1994 - Décision N° 94-343/344 DC

⁷ Conseil d'Etat, Ass, 27 octobre 1995 - Commune de Morsang-sur-Orge, n° 136727 -

⁸ Conseil d'Etat, 14 novembre 2008, n° 315622

l'hôpital ». « Compte tenu des locaux dont dispose l'hôpital⁹ et des nécessités d'organisation des soins, la personnalité et la dignité de chacun doivent être respectées. »

Et il convient naturellement de mentionner l'un des articles fondamentaux de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, insérant un article dans le Code de la santé publique, aux termes duquel : « **Art. L. 1110-2. - (inséré par la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, art. 3) La personne malade a droit au respect de sa dignité.** »

Bien sûr, il n'est pas étonnant de retrouver l'obligation de respect de la dignité de la personne malade ou du patient dans les textes à vocation déontologique :

L'art. R. 4127-2 du code de la santé publique, dans le domaine de la déontologie médicale, lui fait écho en ces termes : « Le médecin, au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité. / Le respect dû à la personne ne cesse pas de s'imposer après la mort. »

Les **règles professionnelles infirmières** (RPI) du 16 février 1993 (en dépit de leur difficulté d'application) ont l'immense intérêt de positionner la problématique de la responsabilité déontologique sur le terrain de l'éthique. De ce fait, les risques du corporatisme s'atténuent au contact d'une approche pluridisciplinaire des droits des patients.

Comme l'affirme également l'art. R. 4312-2 du code de la santé publique : « L'infirmier (...) exerce sa profession dans le respect de la vie et de la personne humaine. Il respecte la dignité et l'intimité du patient et de sa famille. ».

1.3.- Quelles « sanctions » pour les pratiques de bientraitance

Nous prenons ici le terme « sanctions » dans sa définition la plus générale : conséquences juridiques – positives ou négatives – d'une situation ou d'une action.

a) Sanctions « négatives »

Une recherche sommaire dans la jurisprudence administrative mise à disposition sur le site LEGIFRANCE fait apparaître, entre le 1^{er} janvier 2000 et le 31 octobre 2010 un seul arrêt répondant au mot-clé « bientraitance » : CAA de Lyon, 8 avril 2010, n° 08LY00765. Et la lecture de cette décision établit ici un « manque de bientraitance » dans un établissement accueillant des enfants handicapés.

Une recherche entre les mêmes dates sur le mot « maltraitance » donne un résultat beaucoup plus prometteur : 81 arrêts : 4 du Conseil d'Etat, 77 des Cours administratives d'appel.

De façon très générale, ces jurisprudences portent essentiellement sur le contentieux disciplinaire visant à sanctionner des fonctionnaires ou agents hospitaliers (et dans certains cas sur le contentieux de l'application des lois d'amnistie). Le juge administratif adopte le

⁹ Nous retrouvons ici la contrainte architecturale si souvent évoquée alors à propos de l'Humanisation des hôpitaux.

plus souvent une certaine sévérité appréciant la légalité des sanctions prononcées, comme le montre l'arrêt de la Cour administrative d'appel de Bordeaux du 26 août 2008, n° 06BX01257, validant la révocation d'une ASH coupable de maltraitance à l'encontre de personnes âgées dans une maison de retraite.

Considérant qu'il ressort des pièces du dossier, notamment de procès-verbaux d'auditions dressés par les services de la gendarmerie nationale, dans le cadre de la procédure judiciaire engagée à la suite de l'agression mortelle d'une pensionnaire de la maison de retraite de Casseneuil, perpétrée, sous l'effet de la démence, par une autre pensionnaire dans la nuit du 23 au 24 décembre 2002, que Mme X a négligé sa tâche consistant à surveiller particulièrement les chambres du « secteur fermé », où les faits se sont produits, qui faisaient l'objet de consignes d'hygiène ou de sécurité renforcées ; que, par ce manquement, elle a ainsi à tout le moins retardé de plusieurs heures le signalement desdits faits, le décès n'ayant été découvert qu'au matin par l'équipe qui a pris sa relève ; qu'il résulte surtout des attestations précises, circonstanciées et concordantes produites par la maison de retraite de Casseneuil, dont ne sont sérieusement contestés ni la sincérité ni le contenu, que **Mme X, agent de service hospitalier amenée, dans l'exercice de ses fonctions, à assister les aides-soignantes lors de soins intimes dispensés aux personnes âgées et dépendantes, manoeuvrait fréquemment celles-ci de manière brutale en leur tenant des propos méprisants, obscènes et orduriers** ; qu'elle entretenait par ailleurs, par son attitude agressive, un climat tendu avec une partie de ses collègues de travail ; **que ces faits, spécialement en ce qu'ils se révèlent attentatoires à la dignité des personnes âgées accueillies dans l'établissement, et, par suite, contraires aux exigences élémentaires des fonctions exercées, revêtent le caractère de fautes disciplinaires de nature à justifier une sanction** ; que si le directeur de la maison de retraite de Casseneuil s'est mépris sur la qualification de certains d'entre eux, en évoquant, à propos du drame survenu en décembre 2002, le délit de « non assistance à personne en danger », ou en faisant état, à propos de l'attitude de Mme X vis à vis de ses collègues, de « harcèlement moral » au sens de l'article 6 quinquies de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, il ressort des pièces du dossier qu'il eût pris la même décision en l'absence même de telles qualifications, et en seule considération des gestes et propos reprochés à la requérante, au titre de son comportement général ; qu'en prononçant, notamment pour ce dernier motif, la révocation de Mme X, le directeur de la maison de retraite de Casseneuil n'a pas pris une mesure manifestement disproportionnée à la gravité des faits relevés ;

Un autre champ de sanction pourrait concerner la mise en cause de la responsabilité des établissements à la suite d'actes de maltraitance survenus dans l'Institution, « tolérées » (?) par l'Institution.

[2] La « bientraitance » des personnels hospitaliers

Cette « bientraitance » envers les personnels hospitaliers comporte deux versants : le premier, que je ne développerai pas ici, relève de la qualité de la gestion des personnels, du dialogue social, de l'organisation du travail et de l'amélioration des conditions de travail (ces thèmes sont largement abordés dans des contributions figurant dans les documents diffusés.

Nous souhaitons ici aborder la question de la « maltraitance » subie par des personnels hospitaliers du fait de certains usagers du service public (des patients ou leurs proches) et de l'obligation de protection qui s'impose à l'administration hospitalière.

Les fonctionnaires et agents hospitaliers, qu'ils appartiennent au personnel médical ou au personnel non médical, sont susceptibles d'être victimes, dans l'exercice de leurs fonctions, d'attaques, d'injures ou d'agressions verbales et physiques.

Les auteurs de ces actes peuvent être soit des patients et usagers du service public hospitalier (personnes hospitalisées, consultants) soit des tiers (visiteurs, accompagnants ou membres des familles des personnes hospitalisées) soit des personnes extérieures à l'établissement hospitalier mais y intervenant en raison d'une activité spécifique ou au nom d'une entreprise privée (fournisseurs, prestataires de service, etc...) ou d'un service public, voire des agents hospitaliers.

1°) Le fonctionnaire a le droit d'être protégé par l'administration.

Ce principe général est édicté par l'article 11, alinéa 3, du Titre Ier du statut général des fonctionnaires (loi du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires), aux termes duquel :

“ La collectivité publique est tenue de protéger les fonctionnaires contre les menaces, violences, voies de fait, injures, diffamations ou outrages dont ils pourraient être victimes à l'occasion de leurs fonctions, et de réparer le cas échéant, le préjudice qui en est résulté ”

Edicté pour les fonctionnaires *stricto sensu*, ce principe est de nature à être étendu à tout agent public appartenant au personnel médical (praticiens, assistants, attachés, internes et résidents) et non médical (contractuels).

Dans le cadre de cette obligation, l'administration hospitalière peut apprécier la méthode la plus adéquate pour assurer la protection de l'agent victime.

2°) **Le fonctionnaire a le droit d'être protégé quelque soit le type d'attaques** dont il fait l'objet dans l'accomplissement de ses missions.

La liste énoncée par l'article 11 n'est pas limitative, ainsi sont également pris en considération, coups et blessures volontaires, séquestration, chantage, intimidation, etc...

La qualité de l'auteur des faits est indifférente et la forme de l'attaque importe peu.

3°) **La protection est due aux agents publics à deux conditions** :

- a) D'une part les attaques dont ils sont victimes doivent être liées à l'exercice des fonctions (sont donc exclues les attaques liées à la vie privée, dès lors qu'elles ne surviennent pas en service.
- b) D'autre part, le lien entre les attaques et le fonctionnaire doit être un lien normal. Le fonctionnaire qui rompt momentanément le lien avec son service perd le droit à la protection.

De plus l'agent doit avoir été visé en tant que tel, en raison de sa qualité, de ses activités ou de son comportement ; ne sont pas pris en compte les attaques qui se déroulent durant la vie privée. L'auteur devait, au moment des faits, avoir connaissance de la qualité de la victime identifiée comme agent hospitalier.

4°) **La circulaire ministérielle du 11 juillet 2005** instaure une remontée systématique des informations de violence dans les établissements hospitaliers. La direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) a renforcé une politique de lutte contre la violence à l'hôpital qui repose sur la connaissance exhaustive de ces faits.

Chaque fait d'une gravité avérée doit faire l'objet d'une saisine de l'agence régionale de l'hospitalisation, qui informera immédiatement la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins au Ministère chargé de la santé.

5°) Enfin, dans le cadre de ses prérogatives générales, le directeur du Centre hospitalier dispose de **pouvoirs de police administrative** en vue d'assurer le fonctionnement régulier de l'établissement hospitalier (cf. notamment l'article L. 6147-3 et les art. R. 1112-10 et suivants du code de la santé publique) : à ce titre, il peut prononcer des interdictions de visite et des sorties pour motif disciplinaire.

[3] Les droits et les obligations des usagers du système de santé

Nous serons relativement brefs sur ce point.

Certains documents communiqués évoquent les « devoirs » des patients. Il a été dit, à juste titre, qu'il convenait de ne pas mettre au même niveau les droits et les devoirs des patients. Pour notre part, nous préférons le terme « obligations » à celui de « devoirs ».

Quelques observations à ce propos :

- la reconnaissance des droits des patients est un phénomène historiquement récent. Ce n'est qu'à partir de la Libération que les premiers frémissements apparaissent, très discrets. Le régime antérieur de charité, d'ordre public sous la Monarchie absolue, puis, au XIX^{ème} et au début du XX^{ème} siècle d'assistance publique en faveur des indigents et incurables était peu propice à la reconnaissance de droits (par contre les règlements comportaient des dispositions très strictes en matière de « discipline » !). La création des assurances sociales (dans les années 1930) puis de la Sécurité Sociale (en 1945) vont drainer vers l'hôpital une clientèle solvable du fait du financement collectif de l'assurance maladie.
- A l'heure actuelle, les droits des patients – droits individuels et droits collectifs (par le biais associatif) – s'inscrivent dans la perspective de la « démocratie sanitaire » mise en exergue par la loi du 4 mars 2002 (suivant un projet en germe dans les déclarations de Claude Evin dès avril 1989). A ce titre, il est fait appel au principe de « responsabilité des usagers » : aux termes de l'article L. 1111-1 CSP : « Les droits reconnus aux usagers s'accompagnent des **responsabilités** de nature à garantir la pérennité du système de santé et des principes sur lesquels il repose. »
- En outre, le 1^{er} alinéa de l'art. L. 1112-3 stipule : « Les règles de fonctionnement des établissements de santé propres à faire assurer **le respect des droits et obligations des patients hospitalisés** sont définies par voie réglementaire. »
- Les obligations des usagers ne sont nettement détaillées que pour les seules personnes hospitalisées dans les établissements publics de santé suivant le schéma traditionnel du règlement intérieur (art. R. 1112-10 et s. CSP).
- Il convient de prendre en considération la hiérarchie des normes juridiques : les droits sont régis par des articles Législatifs, les obligations par des textes réglementaires !

ph.j.

MISSION "BIENTRAITANCE" : RÔLE DES INSTANCES ET SIGNALEMENT
DE PHILIPPE JEAN

Philippe JEAN

Directeur adjoint

Chargé des affaires médicales

& des droits des patients

Centre Hospitalier de Pau

philippe.jean@ch-pau.fr

jean111@wanadoo.fr

Mission « Bientraitance »

I.- Le rôle des instances découlant de la « nouvelle gouvernance » pour la définition et le suivi de la politique de « Bientraitance »

Est jointe en annexe une note répertoriant les attributions et prérogatives des différentes instances décisionnelles et consultatives dans les domaines ayant trait au concept de bientraitance (concept juridiquement non-défini, qui n'apparaît pas comme tel dans le Code de la santé publique).

A la lecture et à l'analyse des textes législatifs et réglementaires qui se sont succédés depuis la Loi HPST (n° 2009-879 du 21 juillet 2009), on constate une extraordinaire imbrication des compétences et des prérogatives de ces instances dans les domaines connexes de la Qualité et gestion des risques et de l'Éthique et des droits des patients.

Chaque établissement devra donc s'organiser pour s'impliquer dans l'effectivité du dispositif impliquant l'ensemble des acteurs hospitaliers.

Parmi les idées-forces que l'on peut mentionner :

La question des droits des patients et de l'amélioration de la prise en charge doit faire l'objet d'une délibération annuelle du CONSEIL DE SURVEILLANCE, lors de la diffusion du rapport annuel de la COMMISSION DES RELATIONS AVEC LES USAGERS. La thématique générale des droits des patients et de la bientraitance peut/doit trouver sa place dans le

PROJET D'ETABLISSEMENT et dans ses composantes diversifiées : projet médical, projet de soins, projet social, projet qualité-droits des patients¹.

La législation distingue ensuite, à titre opérationnel :

1.- La politique d'amélioration de la qualité et de la gestion des soins, arrêtée conjointement par le Directeur et le Président de la Commission médicale, après avis du Conseil de surveillance, du CTE et de la Commission des soins². Le Président de la CME est chargé du suivi de cette politique Qualité des soins.

Les programmes afférents à la qualité des soins, à la gestion des évènements indésirables liés aux soins³ (y compris les infections nosocomiales) devraient constituer les supports de cette politique de bientraitance. Ils englobent les missions antérieurement confiés au CLUD (Comité de lutte contre la douleur), aux vigilances sanitaires (hémovigilance, pharmacovigilance, biovigilance, matériovigilance), au CLIN (Comité de lutte contre les infections nosocomiales)⁴.

La CME contribue à leur élaboration. Ils sont arrêtés par le Directeur, conjointement avec le Président de la Commission médicale et présentés par ce dernier au Directoire.

2.- La politique relative aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers : il s'agit là du noyau dur de la lutte contre la maltraitance et de la promotion de la bientraitance (comportant la réflexion sur l'éthique, l'évaluation de la PEC des patients, notamment aux Urgences, l'évaluation de la politique des soins palliatifs, la PDS hospitalière, l'organisation des parcours de soins). Cette politique est arrêtée par le Directeur, conjointement avec le Président de la CME. La CME et la CRU contribuent à l'élaboration de cette politique, après avis de la Commission des soins et du Conseil de surveillance.

On pourra regretter que l'avis du CTE ne soit pas également sollicité. La question de la bientraitance intéresse l'ensemble des personnels hospitaliers, au-delà des caractérisations professionnelles (équipes médicales et paramédicales soignantes).

Toutefois, des représentants du personnel émanant du CTE peuvent siéger à la CRU si l'établissement a fait le choix d'une composition élargie.

¹ Au Centre hospitalier de Pau, le projet qualité comporte expressément ces deux versants identifiés, élaborés en étroite coopération entre eux directions fonctionnelles chargées de ces questions

² Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

³ Mais la maltraitance va bien au-delà des seuls évènements indésirables liés aux soins

⁴ Les attributions de ces comités relèvent désormais de la compétence de la CME ; mais, dans le cadre de ses prérogatives d'organisation interne, la CME peut décider de maintenir ces comités

Cette sensibilisation des représentants des personnels à la question de la bientraitance est indispensable dans le cadre du dialogue social⁵ : certains cas de maltraitance peuvent donner lieu à des procédures débouchant sur une saisine des commissions administratives paritaires siégeant en formation disciplinaire : un refus d'adhésion minimale à la thématique de la bientraitance conduirait à des mécanismes de blocage dans le constat de la matérialité des faits, dans leur qualification juridique en termes de fautes professionnelles et dans la recherche d'une sanction appropriée et proportionnelle à la gravité de la faute.

Une problématique identique lors de l'examen des recours en révision de notes ou d'appréciations lors des commissions administratives paritaires.

II.- Maltraitance, Bientraitance : signalements et indices

La vie hospitalière offre différentes procédures de signalement ou de recherche d'indices de maltraitance (et parfois de bientraitance) :

1.- Les signalements d'évènements indésirables

a) La procédure de SEI liés aux soins vient d'être réglementairement définie (art. R. 61111-1 et s. CSP). Bon nombre d'établissements ont mis en place un système informatisé de signalement de l'ensemble des évènements indésirables.

La qualité de l'exploitation de ces signalements est primordiale :

- Quelle gestion ? recueil des signalements, analyse initiale, adressage aux directions fonctionnelles concernées
- Quelle exploitation ? recherche d'éléments d'explications, de réponses

Le signalement direct de cas de maltraitance paraît rarissime dès lors que les déclarants estiment ne pas devoir être des « délateurs ».

En outre, certaines « Chartes » relatives aux SEI offrent une garantie d'absence de poursuites (disciplinaires) ...

⁵ Au risque d'une thématique revendicatrice en faveur de la « bientraitance » du personnel hospitalier

b) Urgences Permanence des soins

Une procédure spécifique de signalement et d'évaluation des dysfonctionnements concernant les Urgences SAMU et SMUR a été instaurée par l'article R. 6123-24 CSP tant au niveau des structures d'urgence qu'au niveau des réseaux territoriaux des urgences⁶.

2.- Les lettres de plainte et réclamation

Elles émanent du patient lui-même, plus souvent encore de leurs proches (membres de la famille). Parfois des élus (Maire, conseiller général) ou des autorités administratives (Préfet, ARS, ministre chargé de la santé, voire Chef de l'Etat).

Lorsqu'elles sont adressées au (responsable) de service, le Directeur ou la direction des soins n'en est pas toujours informée et ne connaît pas la teneur des réponses et explications apportées.

La gestion des plaintes et réclamations portées devant la CRU est désormais strictement réglementée (médiateur médical/non-médical, avis CRU, réponse Directeur).

3.- Les recours

D'autres plaintes, visant à la réparation des préjudices, font l'objet de recours devant le juge administratif, parfois le juge judiciaire (pénal) ; les procédures devant les Commissions régionales d'indemnisation et de conciliation sont désormais plus fréquentes. La plupart ont pour but la recherche d'une indemnisation à la suite d'un accident médical (faute ou non faute) ; dans ce contexte de la recherche de l' « erreur médicale », on décèle néanmoins des indices touchant à la violation de droits des patients :

- L'absence ou l'insuffisance d'information ;
- Le comportement du professionnel (difficultés « relationnelles »)

4.- Les procédures disciplinaires

En ma connaissance, pas de statistique ni d'étude générale. On ne connaît les procédures disciplinaires qu'à travers les contentieux qui en résultent :

⁶ Cf. arrêté du 12 février 2007 relatif à la fiche de dysfonctionnement mentionnée à l'article R. 6123-25 du code de la santé publique ; Circulaire ministérielle DHOS/ o1 n° 2007-65 du 13 février 2007 (BO n° 3/2007, p. 135)

- Saisine de la Commission des recours près le Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière lorsque la sanction prononcée est supérieure à celle ayant donné lieu à l'avis favorable de la CAP siégeant en formation disciplinaire)
- Saisine du juge administratif dans le cadre d'un recours pour excès de pouvoir contre la décision prononçant la sanction
- Saisine du juge administratif contre les décisions refusant l'application d'une loi d'amnistie (effaçant les sanctions disciplinaires, à l'exception de celles prononcées pour des faits contraires à l'honneur ou à la probité).

5.- La procédure annuelle d'évaluation des personnels

Elle peut être l'occasion d'une mise au point sur certaines pratiques individuelles (ou collectives) susceptibles de déboucher (inconsciemment) sur une attitude de maltraitance au quotidien. Les faits prennent une certaine résonance si l'agent mis en cause dépose un recours en révision de note ou d'appréciation devant la CAP.

6.- Indices de bientraitance

Je ne citerai ici que les deux sources régulières dont nous disposons au jour le jour :

- Les lettres de remerciement ou de félicitations adressées dans le service ou à la direction par le patient ou l'un de ses proches (y compris après un décès) ;
- Les avis de décès publiés dans la presse locale et comportant une mention en faveur d'un service ou d'une équipe hospitalière.

*

* *

Un dernier point pour conclure : le rôle des ARS a été souvent évoqué pour contribuer, au niveau régional, à la promotion d'une politique de bientraitance.

Pourrait également être mise à contribution la Commission régionale de conciliation et d'indemnisation (ou Commission régionale d'indemnisation des accidents médicaux) qui est saisie des demandes d'indemnisation des accidents médicaux fautifs ou non fautifs et qui pourrait l'être pour une atteinte aux droits des patients, en application de l'article L. 1114-4 CSP aux termes duquel : « *La commission régionale de conciliation et d'indemnisation*

mentionnée à l'article L. 1142-5, réunie en formation de conciliation, peut être saisie par toute personne de contestations relatives au respect des droits des malades et des usagers du système de santé. » Cette disposition paraît pour le moins méconnue.

ÉTHIQUE ET ÉTABLISSEMENT HOSPITALIER :
RESPECT ET SURVEILLANCE DE LA BIEN-TRAITANCE ?
CONTRIBUTION FOURNIE PAR BERNARD ROERICH

Ethique et établissement hospitalier : respect et surveillance de la bientraitance ?

1. Ethique

La Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (JO n°0167 du 22 juillet 2009), dite encore « Loi HPST » reconnaît une réelle place à l'éthique. Celle-ci peut désormais être présente dans tous les établissements publics de santé, dans les conseils de surveillance des CHU (à titre consultatif), au sein de l'Agence Régionale de Santé (comme « personnalité qualifiée », avec voie délibérative), et dans les instances d'accréditation.

L'article 9 de cette loi HPST note que « Le représentant de la structure chargée de la réflexion d'éthique au sein des établissements publics de santé, lorsqu'elle existe, participe aux séances du conseil de surveillance avec voix consultative. »

Dans son article 1, elle notait déjà « Ils [Les établissements de santé publics, privés et privés d'intérêt collectif] mènent, en leur sein, une réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et la prise en charge médicale. »

Enfin, elle mentionne dans son article 63 : « L'ordre national des infirmiers veille à maintenir les principes éthiques et à développer la compétence, indispensables à l'exercice de la profession. Il contribue à promouvoir la santé publique et la qualité des soins. »

Mais que signifie cette place de l'éthique ? Qui sont ses représentants officiels puisqu'aucune formation ni place officielles ne sont requises ? Quels sont sa place et son rôle ?

Il s'agit tout d'abord de représenter ce qu'est la réflexion en éthique au sein de l'établissement, dont la finalité est le bien de chaque patient dans sa situation singulière. Mais ne s'y associe-t-il pas une réflexion sur le bien du patient au-delà de sa situation singulière, au niveau de l'institution et de son fonctionnement, le bien non plus seulement en fonction des décisions au vu d'un état de santé individuel, mais un bien à travers un fonctionnement institutionnel ? S'agit-il d'être représentant d'une réflexion ayant lieu dans un groupe pluridisciplinaire d'éthique, lieu d'échange autour de situations concrètes de patients, sur des valeurs et missions des soignants et de l'institution, sur les pratiques et habitudes des agents,

ou s'agit-il de porter un regard critique, de l'ordre de l'éthique¹ dans le cadre des délibérations, avis et contrôles exercés par le conseil de surveillance ? Mais cela implique que l'aspect éthique soit déjà pris en compte en amont, à tous les niveaux dans l'établissement, et non seulement dans un groupe limité. Que signifie alors une démarche respectant l'aspect éthique, au sein d'un établissement hospitalier ?

Une première hypothèse de travail pourrait être que le respect de la bientraitance, néologisme de notre langue que l'on pourrait aussi exprimer par « bien traiter », c'est-à-dire bien agir, bien se comporter, soit un élément essentiel et nécessaire de l'aspect éthique décliné dans l'établissement. « Bien traiter » correspond justement à avoir la juste attitude en vue du bien, en particulier du bien du patient.

Une deuxième hypothèse de travail pourrait être que la place de la bientraitance puisse être précisée en s'aidant du concept de *phronèsis*, terme souvent traduit par prudence ou sagesse pratique et qui désigne une sagacité, une intelligence du singulier². La *phronèsis* telle que Aristote la décrit au livre VI de son ouvrage *Ethique à Nicomaque* est définie comme « une disposition, accompagnée d'une règle exacte, capable d'agir, dans la sphère des biens humains ».³

Pour Aristote, le prudent a pour objet l'action, cette action concerne le singulier ou le particulier et non la généralité inhumaine de la loi. La finalité de l'action est ce qui est le bien. Il appartient à l'homme prudent de partir de ce qui est, du contingent, de se servir de lui si besoin, de déterminer le bien qu'il faut faire, puis de le faire⁴. Ensuite cette action doit être faite au bon moment, au temps opportun⁵. Pour Aristote la *phronèsis* n'est pas seulement dans la connaissance purement théorique du bien ou de ce qu'il convient de faire dans une situation donnée à un moment donné, mais aussi dans la capacité de le faire. Enfin pour faire, pour appliquer une capacité de faire l'action décidée, il convient tout d'abord de passer par la

¹ La définition de l'éthique dans ce contexte est prise au sens de son étymologie grecque : coutumes, habitudes, mœurs, ce qui dans la perspective de l'éthique clinique devient : « déterminer la juste attitude en vue du bien du patient. »

² On pourrait ainsi définir la bientraitance à partir de la *phronesis*, sans identifier bientraitance et *phronesis*. La bientraitance, ou le « bien traiter », est une qualification des actes qu'entreprend le *phronimos* (l'homme sage). Celui qui « traite bien » doit être avisé, mais celui qui est avisé peut ne pas toujours bien traiter les autres.

³ Aristote, *Ethique à Nicomaque*, Paris, Vrin, 1997, VI, 5, 1140b, 20, p. 286.

⁴ « Ajoutons que la prudence ne consiste pas seulement dans la connaissance purement théorique du bien, mais encore dans la capacité de le faire. » Aristote, *Ethique à Nicomaque*, *op. cit.*, VII, 11, 1152a, 5, p. 360.

⁵ « Ce n'est pas seulement agir comme il faut, mais avec qui il faut, quand il faut et où il faut. » P. Aubenque, *La prudence chez Aristote*, Paris, PUF, « Quadrige », 1993, p. 64.

délibération. Celle-ci est centrale dans la *phronèsis* pour Aristote : « De l’avis général, le propre d’un homme prudent c’est d’être capable de délibérer correctement sur ce qui est bon et avantageux pour lui-même, non pas sur un point partiel (comme par exemple quelles sortes de choses sont favorables à la santé ou à la vigueur du corps), mais d’une façon générale, quelles sortes de choses par exemple conduisent à la vie heureuse. »⁶

La bientraitance pourrait être cette *phronèsis* ou sagesse pratique appliquée au sein de l’établissement. Elle concernerait bien sûr le bien agir vis-à-vis du patient (ou usager), mais aussi vis-à-vis de toutes les personnes présentes, en particulier tous les agents. Enfin le concept de bientraitance pourrait s’étendre à l’institution elle-même afin qu’elle puisse assurer son rôle. Cette bientraitance concernerait toutes les actions menées par toutes les personnes ou groupes de personnes agissant dans l’établissement, plus particulièrement par tous les agents, soignants et administratifs. Elle obligera pour toute action, de déterminer une fin qui est le bien, de délibérer sur les moyens pour arriver à cette fin, puis d’agir au temps opportun.

La place de l’éthique pourrait être une aide pour la mise en place de cette démarche de bientraitance, de proposer un lieu de réflexion pluridisciplinaire pour donner un avis consultatif sur ce que pourrait être cette bientraitance dans certaines situations délicates ou difficiles⁷, de veiller à ce que la bientraitance soit respectée et d’assurer ainsi une « surveillance ».

2. La bientraitance

Nous proposerons de décliner la bientraitance comme une *phronèsis* ou sagesse pratique, en nous inspirant d’Aristote. Il s’agit de déterminer la fin qui est le bien, de délibérer sur les moyens pour arriver à cette fin, d’agir, au temps opportun (*kairos*).

2.1. Déterminer une fin qui est le bien

Dans *Ethique à Nicomaque*, Aristote dit que la fin, bien suprême, est le bonheur. Mais les réponses sont variables selon la personne, selon la vie que mène chacun. Il peut s’agir d’un bien ponctuel, d’un statut, mais aussi de la prudence et de la sagesse. Dans le cadre de cette réflexion nous proposons comme fin de la bientraitance le respect de la bientraitance. C’est-à-

⁶ Aristote, *Ethique à Nicomaque*, op. cit., VI, 5, 1140a, 25, p. 284-285.

⁷ Dans certaines situations il peut y avoir aporie, voir conflit, entre différentes mesures ou attitudes, entre différents biens, nécessitant une réflexion et délibération, éventuellement dans un lieu proposant une réflexion pluridisciplinaire.

dire que la finalité de l'action et de l'attitude de chaque agent, soit de respecter la bientraitance : bien agir, bien se comporter dans une situation singulière.

Nous différencierons ce qui relève de la loi, de la norme et de la réglementation qu'il convient de respecter et qui sont la base de la visée de l'établissement, de la prise en charge du patient ; et ce qui relève plus particulièrement de l'éthique, de la manière d'appliquer ces normes, les habitudes des professionnels dans une situation singulière.

Cette attitude ou action dont la fin est le respect de la bientraitance concerne bien-sûr en premier lieu le patient, mais aussi tout agent, et l'institution elle-même :

Le patient (ou usager)

- droit aux traitements et aux soins adaptés (selon technique, connaissances et expérience, obligation des moyens) tout en limitant les risques
- droit du patient (entre droit de disposition et droit de protection, loi de mars 2002)
- rencontre d'une personne, sollicitude, récit de vie, projet de vie
- tenir compte de ses capacités (est reconnu dans ce qu'il peut faire)

Les deux premiers items relevant de la norme, les deux derniers de l'éthique.

Les agents

- compétence professionnelle
- qualité de vie au travail
- reconnu dans sa singularité, dans ses difficultés
- nécessaire communication

Les deux premiers items relevant de la norme, les deux derniers de l'éthique.

L'institution

- répond aux besoins de la population
- concertation avec les parties prenantes internes et externes
- politiques en cohérence avec les orientations stratégiques
- organisation selon la nouvelle gouvernance, équilibre budgétaire, etc.
- missions et valeurs (respect, responsabilité, créativité, rigueur, solidarité, équité)

Les quatre premiers items relevant de la norme, le dernier de l'éthique.

Lorsque la finalité est déterminée, soit en respectant la norme, soit en trouvant la juste attitude dans la situation singulière, il s'agit de déterminer comment arriver à cette fin. Lorsque différents choix sont possibles pour arriver à cette fin, intervient la délibération. Tout n'est pas objet à délibération. La délibération n'a lieu que si différents moyens sont possibles pour arriver à la fin déterminée, et qu'il faut faire un choix. « L'embarras naîtra alors, non de

l'absence de voie, mais de la pluralité des voies qui s'ouvrent, mais dont aucune n'est telle que nous soyons assurés de son issue. C'est ici que trouvera son emploi la délibération, puisqu'il s'agira de savoir, ou plutôt de prévoir, non de science, mais d'opinion, l'efficace respective des moyens possibles et aussi les risques de causalité adjacente et parasite qu'ils comportent. »⁸

2.2 Délibération sur les moyens pour arriver à cette fin

Cette délibération sera recherche des moyens adaptés pour arriver à la fin posée, fin qui est dans l'avenir, qui nous est cachée. Les moyens sont à déterminer soit en eux-mêmes, soit par combinaison de plusieurs moyens. L'homme veut arriver au bien, à la meilleure combinaison possible au vu des circonstances, des obstacles, tels qu'ils sont connus et tels qu'ils sont prévisibles. « Tout n'est pas possible, mais tout n'est pas impossible ; le monde n'est ni tout à fait rationnel, ni tout à fait irrationnel. La délibération traduit cette ambiguïté. »⁹ Cette délibération est indispensable, même si la finalité n'est jamais certaine, et que l'échec est toujours possible. « Fondée sur un tel savoir, aucune délibération ne sera infaillible. L'homme de bon conseil énonce ce qui est possible et ce qui ne l'est pas, saisit le "point de la possibilité", mais il ne peut pas faire que ce "possible" soit nécessaire et, dès lors, l'action la mieux "délibérée" comportera toujours le risque, même infinitésimal, de l'échec. »¹⁰ La *phronèsis*, de par la délibération est choix, « est la vertu du risque et de la décision. »¹¹

Qu'est-ce que la délibération ?

Aristote insiste beaucoup sur le choix, le choix délibératif, qu'il caractérise comme un choix d'une chose jugée préférable, non un choix en soi, mais prendre une chose de préférence à une autre, aussi un choix du meilleur au lieu du moins bon. Ce choix n'est pas opinion, vœu ou jugement. Il n'est pas non plus souhait, car on peut souhaiter des choses impossibles (on ne peut pas choisir des choses impossibles).

Cette délibération nécessite intelligence politique, raisonnement (consulte la raison), recherche, construction, parfois calcul, toujours rectitude de pensée. La délibération est lente (et non une vivacité d'esprit). Elle n'est pas une science, une justesse de coup d'œil, une opinion, une assertion, mais un choix réfléchi.

⁸ P. Aubenque, *La prudence chez Aristote, op. cit.*, p. 110.

⁹ *Id.*, p. 113.

¹⁰ *Ibid.*, p. 113.

¹¹ *Ibid.*, p. 137.

Il s'agit de déterminer quelles contraintes sont indispensables et acceptables pour arriver à cette fin. Effectivement le fait de suivre ces contraintes, même d'arriver à la fin souhaitée ne l'assurent pas de trouver le bien et le bonheur. Et souvent pour approcher ce bien et ce bonheur, les contraintes seront nombreuses et se feront dans la peine. Ainsi il y a incertitude sur les moyens eux-mêmes, des niveaux d'incertitude différents, et des risques liés aux choix faits.

Qui délibère ?

C'est chaque personne qui délibère : l'homme sain d'esprit (et non l'imbécile ou le fou), l'homme prudent, le citoyen, doué de raison, qui a les capacités de délibérer (capable de faire un choix et a autorité). Mais cela peut aussi être l'homme assisté par d'autres personnes sur les questions importantes (et non l'homme seul), parfois les citoyens réunis.

Sur quoi délibérer ?

Les moyens sur lesquels on délibère ont les caractéristiques suivantes :

- pas sur ce qui ne peut être autrement, ce qui ne peut être produit par l'homme, ce qu'il nous est impossible d'accomplir
- sur ce qui dépend de nous et que nous pouvons réaliser
- les choses qui demeurent incertaines dans leur aboutissement, où l'issue est indéterminée
- ce qui peut exister ou non
- les choses à choisir et à faire
- les choses dont le résultat n'est pas toujours le même
- les questions qui peuvent manifestement être considérées dans une alternative
- ce sur quoi la loi ne peut pas trancher (faire une loi est impossible sur ce qui est matière à délibération)
- sur les moyens pour atteindre les fins (et non sur les fins)
- ce qui est utile à la réalisation d'une fin
- le moyen qui entraînera la réalisation la plus facile, la meilleure

2.3. Action

Il appartient à l'homme prudent de partir de ce qui est, du contingent, de se servir de lui si besoin, de déterminer le bien qu'il faut faire, puis de le faire. La *phronèsis* n'est pas seulement dans la connaissance purement théorique du bien ou de ce qu'il convient de faire dans une situation donnée à un moment donné, mais aussi dans la capacité de le faire. « Le prudent d'Aristote est plutôt dans la situation de l'artiste, qui a d'abord à *faire*, pour vivre dans un monde où il puisse *être* véritablement homme. La morale d'Aristote est, sinon par

vocation, du moins par condition, une morale du *faire*, avant d'être et pour être une morale de l'*être*. »¹²

2.4. Au temps opportun (*kairos*)

Ensuite cette action doit être faite au bon moment, au temps opportun : « ce n'est pas seulement agir comme il faut, mais avec qui il faut, quand il faut et où il faut. »¹³

La respect de la bientraitance pourrait être une obligation pour chaque agent, alliant respect des normes (lois, recommandations, réglementations)¹⁴, c'est-à-dire assurer efficacité et sécurité au patient, et à toute personne susceptible de fréquenter l'établissement, garantir la compétence des agents, permettre un fonctionnement adapté de l'établissement tout en répondant aux besoins de la population ; et trouvant la juste attitude dans chaque situation, c'est-à-dire reconnaître le patient et l'utilisateur dans sa personne, respecter chaque agent, appliquer les missions et valeurs de l'établissement. La bientraitance pourrait être ainsi la finalité de l'action de chacun, nécessitant dans certaines situations un choix et donc une délibération. Elle pourrait alors relever de la *phronèsis* ou sagesse pratique, telle qu'elle est décrite par Aristote, avant de devenir action au temps opportun.

Le rôle de « l'éthique » dans l'établissement serait triple, (1) être un lieu de réflexion sur ce qu'est cette bientraitance, de ce qu'elle signifie pour chaque agent au quotidien, (2) être un lieu de réflexion pour des situations où la délibération est difficile, où un regard extérieur, en pluridisciplinarité¹⁵ peut être une aide, (3) veiller à ce que la bientraitance soit respectée dans ses différents aspects.

¹² P. Aubenque, *La prudence chez Aristote*, op. cit., p. 91.

¹³ *Id.*, p. 64.

¹⁴ Cet aspect de la bientraitance est plus particulièrement pris en compte dans les différents textes de l'ANSEM, par la « démarche qualité » des établissements, par l'accréditation V2010.

¹⁵ Pluridisciplinarité signifie différentes catégories de soignants et non soignants (agents hospitaliers), philosophes, juristes, représentants des religions, représentants des associations de patients, ...

LA NOTION DE "PATIENT-CENTERED CARE" ou "PATIENT-CENTREDNESS

DOCUMENT HAS DE ANNE DEPAIGNE-LOTH



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

SERVICE DEVELOPPEMENT DE LA CERTIFICATION

Note interne

Date : 15 novembre 2010

De : Anne DEPAIGNE-LOTH

À : Comité de pilotage « bientraitance »
SDC

Objet : La notion de « patient-centered care » ou « patient-centredness »

Cette note est destinée au Comité de pilotage de la mission « bientraitance » mise en place par Roselyne Bachelot en octobre 2010. L'un des enjeux de cette mission est de parvenir à une définition de la notion de bientraitance adaptée au secteur sanitaire. Nadia Péoc'h a ainsi proposé une exploration très pertinente des notions proches ou connexes. Il paraît intéressant de compléter cette analyse par la présentation succincte d'une notion très proche de celle de "bientraitance" : la notion de « patient-centeredness ». Sans traduction stabilisée en France, elle est largement utilisée dans le monde médical anglo-saxon. Elle est considérée comme une dimension majeure de la qualité des soins. Elle recouvre assez largement le contenu donné par les groupes de travail de la mission à la notion de bientraitance : l'attention, le respect de la dignité, l'individualisation. Plus peut-être que la notion de « bientraitance », elle met l'accent sur le développement de l'autonomie. Son usage va au delà de la profession de foi puisqu'elle est déployée dans des outils d'évaluation de l'expérience des patients, d'amélioration des soins, des projets architecturaux ou d'organisation des soins ainsi que des recherches.

I- La notion de patient-centeredness

On peut dater le développement de la notion « moderne » de patient-centeredness et des premiers outils d'évaluation fondés sur cette notion du début des années 90 et des recherches menées par le Picker Institute¹ et la Harvard School of medicine².

La publication de *Crossing the Quality Chasm* en 2001 par l'Institute of Medicine³ aux USA qui a été le point de départ d'une intensification du développement de multiples stratégies d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dans les hôpitaux a aussi marqué la reconnaissance du « patient-centeredness » ou « patient-centered care » comme l'une des dimensions essentielles de la qualité des soins :

¹ Le Picker institute promeut des projets de recherche et des outils d'amélioration et d'évaluation relatifs à la patient-centredness. Il existe depuis 10 ans au RU et est notamment chargé par le NHS de développer les outils d'évaluation de la satisfaction et de l'expérience des patients.
<http://www.pickereurope.org/>

² Gerteis M, Edgman-Levitan S, Daley J, Delbanco T. *Through the Patient's Eyes: Understanding and Promoting Patient-Centered Care*. San Francisco: Jossey-Bass, 1993.

³ Institute of Medicine. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the Twenty-first Century*. Washington: National Academies Press, 2001.

Ainsi, pour l'IOM les dimensions suivantes définissent des soins de qualité :

- « Safe » : la **sécurité des soins**
- « Effective » : l'**efficacité clinique** de la prise en charge
- « Patient-centred » : la "**centralité - patient**"/respect des personnes
- « Timely » : des soins délivrés en **temps opportun**
- « Efficient » : l'**efficience** des organisations
- « equitable » : l'**équité d'accès** aux soins

« Patient centred care » est défini comme « a care that is respectful of and responsive to individual patient preferences, needs and values and ensuring that patient's values guide all clinical decisions » *«une démarche de soin respectant et intégrant les préférences, les besoins et les valeurs du patient et s'assurant que ses valeurs sont au fondement de toute décision médicale ».*

L'IOM identifie plusieurs composantes du « patient-centred care » : compassion, empathie, implication des proches, soutien émotionnel, soulagement de la douleur, continuité et coordination des soins, information, communication.

A l'instar de la notion de « bienveillance », il n'existe pas de définition « officielle » précise de celle de patient-centred care ou patient-centeredness. La définition la plus parlante est sans doute celle que Donald Berwick⁴ propose dans l'article « What « patient-centered » should mean : confessions of an extremist » (« Ce que l'approche « centrée-patient » devrait signifier : confessions d'un extrémiste »)

“The experience (to the extent the informed, individual patient desires it) of transparency, individualization, recognition, respect, dignity and choice in all matters, without exception, related to one's person, circumstances and relationships in health care”

« L'expérience (consentie) par la personne soignée de la transparence, l'individualisation, la reconnaissance, le respect, la dignité et de la possibilité de faire des choix dans tous les domaines qui touchent aux situations ou relations de soin la concernant »

On situe en pièce jointe cet article de Donald Berwick qui présente le contexte historique de l'émergence de la notion ainsi que son intérêt pour les stratégies d'amélioration de la qualité des soins.

⁴ Donald Mark Berwick, professeur de pédiatrie et de santé publique à Harvard a fondé et dirigé l'Institute for Healthcare Improvement (IHI) un organisme chargé de promouvoir l'amélioration de la qualité des soins partout dans le monde. L'IHI a diffusé et permis la mise en place de nombreux programmes d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (maîtrise du risque infectieux, de réduction des réhospitalisations...) en mettant l'accent sur les résultats de l'« evidence based medicine » et de l'évaluation des démarches d'amélioration. Donald Berwick a participé aux publications de l'Institute of medicine To err is human (1999) révélant l'ampleur des dysfonctionnements et sources d'erreurs dans les soins délivrés à l'hôpital et Crossing the quality chasm indiquant les voies d'amélioration (2001). Il a publié une centaine d'articles et des ouvrages dont Curing Health Care (1990), et New Rules: Regulation, Markets and the Quality of American Health Care (1996). Il a été nommé par Barack Obama en juillet 2010, directeur de l'agence chargée de gérer les fonds Medicare (remboursement des soins aux personnes âgées) et Medicaid (remboursement des soins des personnes à faibles revenus) Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS).

Si les définitions de la notion de patient-centred care sont très proches de celles qui sont proposées pour la « bienveillance », on remarque que les secondes mettent moins l'accent sur la question de l'information et de l'autonomie du patient, sa capacité à élaborer des choix et à les inscrire dans son parcours.

II- Sa déclinaison pratique

Le rapport de l'Institute of Medicine avait d'emblée identifié 4 niveaux de déploiement d'une approche « centrée patient » :

- l'expérience individuelle du patient et de ses proches
- l'unité de soin
- l'établissement/l'organisation
- le système de santé

Ces quatre niveaux ont fait l'objet de stratégies et démarches d'amélioration expérimentées à plus ou moins grande échelle dans les pays anglo-saxons : élaboration et généralisation de nouveaux instruments d'évaluation de « l'expérience patient », intégration aux incitatifs financiers, formation des professionnels à la communication, expérimentations visant à associer étroitement les patients et leurs proches à la définition des projets architecturaux, des projets et des organisations de service (user centred designs), expérimentations visant à associer les patients et leurs proches à la maîtrise des risques liés aux soins, à susciter questions et demandes d'information...⁵

Plus récemment, et ici encore en miroir de la notion de bienveillance, le développement du patient-centered care a été associé à celui de la qualité de vie au travail des professionnels⁶. Ainsi, l'organisation de réflexions sur les valeurs professionnelles, les expérimentations de « tournées » dans les services des personnes en position de responsabilité habituellement éloignées *physiquement* font partie des stratégies pour rendre les organisations de soin plus « patient-centred ».

III- Une notion « evidence-based »

L'un des intérêts de la notion de patient-centred care dans le cadre de la réflexion nationale sur la bienveillance réside dans les résultats des nombreuses recherches documentant le lien positif entre le « patient-centredness » et d'autres champs, notamment :

- l'amélioration des résultats de soin : les travaux de Paul D. Cleary de la Yale School of Public Health ont mis en lumière ce lien, indiquant ainsi à quel point il est vain de distinguer qualité « technique » et qualité « humaine ».⁷

- la qualité de vie au travail des professionnels. Ici encore, les recherches récentes mettent en lumière un cercle « vertueux » entre bien-être au travail et ressenti des patients⁸.

⁵ Frampton S, Guastello S, Brady C, Hale M, Horowitz S, Bennett Smith S, et al. The Patient-Centered Care Improvement Guide. Derby, USA: The Planetree Association and The Picker Institute, 2008. Bate P, Robert G. Bringing User Experience to Healthcare Improvement: The Concepts, Methods and Practices of Experience-Based Design. Oxford/Seattle: Radcliffe Publishing, 2007.

⁶ Shaller D. Patient Centered Care: What Does It Take? United States: Picker Institute and The Commonwealth Fund, 2007.

⁷ Freemont AM, Cleary PD, Hargraves JL, Rowe RM, Jacobson NB, Ayanian JZ (2001). Patient-centered processes of care and long-term outcomes of myocardial infarction. *J Gen Internal Med*, 16:800-808. Meterko M, Wright S, Lin H, Lowy E, Cleary PD. Mortality among patients with acute myocardial infarction: the influence of patient centered care and evidence based medicine. *Health Services Research*, 2010

⁸ “Do associations between staff and inpatient feedback have the potential for improving patient experience? An analysis of surveys in NHS acute trusts in England” Raleigh V. et al (2009) – *Qual. Saf. Health Care.* 18: 347-354

ANNEXE : Liens internet

Institute for Healthcare Improvement (IHI)

- site:

www.ihl.org

- *Partnering with Patients and Families to Design a Patient and Family-Centred Health Care System — Recommendations and Promising Practices* (2008):

www.ihl.org/IHI/Topics/PatientCenteredCare/PatientCenteredCareGeneral/Literature/PartneringwithPatientsandFamilies.htm

- Resources, tools and improvement stories:

www.ihl.org/IHI/Topics/PatientCenteredCare/PatientCenteredCareGeneral/PatientCenteredCareGeneralHome.htm

The King's Fund

- Website:

www.kingsfund.org.uk

- *Seeing the Person in the Patient: Point of Care Review Paper* (Goodrich and Cornwell 2008)

www.kingsfund.org.uk/current_projects/the_point_of_care

Picker Institute Europe

- Website:

www.pickereurope.org/

- A comprehensive review of the worldwide evidence of what works to engage patients and the public in healthcare.

www.investinengagement.info

LE "STATUT" DE L'AUMÔNIER HOSPITALIER
DE CLAUDE-DAVID VENTURA

LE « STATUT » DE L'AUMONIER HOSPITALIER

Sans doute est-il paradoxal de parler de « statut » pour les aumôniers hospitaliers. Car si ce ne sont pas des fonctionnaires régis par un statut particulier défini par voie réglementaire, ces personnels exercent leurs fonctions à l'hôpital dans le meilleur des cas en qualité d'agents contractuels et, trop souvent encore, en qualité de bénévoles.

Ils n'en sont pas moins des agents publics soumis, à ce titre, à un ensemble de règles régissant le fonctionnement des établissements publics hospitaliers dans lesquels ils sont appelés à exercer leurs missions.

Leur « statut » hospitalier intègre donc, au-delà des modalités juridiques de leur lien à l'administration, ce qui fait que l'hôpital les recrute, c'est-à-dire leur dimension religieuse.

Cependant leur qualité même d'aumôniers en fait une catégorie d'agents publics un peu à part. Recrutés au nom et pour le culte qu'ils représentent, les aumôniers hospitaliers sont sur le fil du rasoir. Ils exercent, au sein d'une institution qui, au nom des règles qui régissent la sphère publique, relève du principe de « laïcité », une « fonction » qui, par essence, relève du religieux. De plus, en raison du milieu dans lequel il est appelé à exercer sa fonction, l'aumônier hospitalier est investi d'un rôle particulier et soumis à des règles spécifiques.

On aurait pu penser que, la loi du 9 décembre 1905 ayant posé le principe de séparation des Eglises et de l'Etat, la vie spirituelle et religieuse relève intégralement de la sphère privée et ne peut par conséquent trouver place dans la vie d'un établissement public. Or la loi en a décidé autrement puisque son article 2 dispose que « La République ne reconnaît, ne salarie ni ne subventionne aucun culte. En conséquence, à partir du 1er janvier qui suivra la promulgation de la

présente loi, seront supprimées des budgets de l'Etat, des départements et des communes, toutes dépenses relatives à l'exercice des cultes. Pourront toutefois être inscrites auxdits budgets les dépenses relatives à des services d'aumônerie et destinées à assurer le libre exercice des cultes dans les établissements publics tels que lycées, collèges, écoles, hospices, asiles et prisons. »

La loi a en effet reconnu la spécificité des établissements publics dans lesquels « vivent » des citoyens de tous âges et qui, du fait qu'ils sont éloignés provisoirement ou définitivement de leur domicile, ne peuvent exercer leur culte sans le support d'un aumônier recruté à cet effet. « Si tu ne vas pas à ton Eglise, ton Eglise viendra à toi... », pourrait-on dire.

Ce droit, reconnu par l'article 1^{er} de la Constitution du 4 octobre 1958, se traduit dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 par la mise en œuvre de la Charte du patient hospitalisé¹ qui précise notamment que « L'établissement de santé doit respecter les croyances et convictions des personnes accueillies. Un patient doit pouvoir, dans la mesure du possible, suivre les préceptes de sa religion (recueillement, présence d'un ministre du culte de sa religion, nourriture, liberté d'action et d'expression, ...). »

C'est à ce titre qu'il appartient aux établissements relevant du titre IV du statut général des fonctionnaires d'assurer le fonctionnement d'un service d'aumônerie destiné à répondre aux besoins spirituels des patients ou des résidents qu'ils accueillent, dans les conditions fixées par la circulaire du 20 décembre 2006 du ministère chargé de la santé.²

Sans reprendre en détail les dispositions de cette circulaire, deux points semblent particulièrement importants à souligner.

¹ Circulaire DGS/DH/95 n° 22 du 6 mai 1995 relative aux droits des patients hospitalisés et comportant une Charte du patient hospitalisé

² Circulaire N°DHOS/P1/2006/538 du 20 décembre 2006 relative aux aumôniers des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

Le premier est que les aumôniers hospitaliers – qui peuvent être aussi bien des religieux (curés, pasteurs, imams ou rabbins) que des laïcs, c'est-à-dire des personnes, hommes ou femmes, n'ayant pas de fonctions ecclésiastiques mais reconnues par les autorités de leur confession comme aptes à remplir ce ministère – doivent normalement exercer leur mission en qualité d'agents contractuels. Ce n'est que par défaut qu'ils le font parfois encore en qualité de bénévoles, le poids de l'histoire et le souci qu'ils ont du bien-être spirituel des patients l'emportant sur la carence de l'administration. Mais, dans un cas comme dans l'autre, le directeur de l'établissement a compétence liée, ce qui veut dire qu'il ne peut recruter un aumônier que sur proposition des autorités cultuelles dont il relève. Un arrêt du Conseil d'Etat³ a jugé légale la décision d'un directeur général de CHU de mettre fin au contrat d'un aumônier protestant auquel le Conseil régional de l'église réformée de France avait retiré sa délégation.

Cette disposition vise à écarter les aumôniers « sauvages » ou « orphelins » qui ne relèvent d'aucune autorité ecclésiastique définie et reconnue par les pouvoirs publics et qui, sous couvert de « visites aux malades », propagent leurs idées, leurs pratiques et se livrent au prosélytisme.

Il est vrai que l'action de l'aumônier est une action que l'on peut qualifier de « conditionnelle » : ce n'est que dans la mesure où le patient ou le résident ou l'un de leurs proches en ont manifesté la demande que l'aumônier peut intervenir auprès de lui et de sa famille.

Cela ne l'empêche pas, bien au contraire, de faire connaître sa présence dans l'établissement, au besoin même avec l'aide et l'appui de l'administration puisqu'il est recruté pour répondre à un besoin qui, par nature, ne peut jamais être défini *a priori* : ce n'est que potentiellement que certains patients vont demander à bénéficier des services d'un aumônier alors que tous les patients qui se présentent à l'hôpital sont en attente de soins sans qu'ils aient besoin d'en exprimer spécifiquement la demande. C'est pourquoi l'arrêté du 7

³ Conseil d'Etat, 17 octobre 1980, n°13 567 – Pont c/CHU de Montpellier

janvier 1997 relatif au contenu du livret d'accueil des établissements de santé mentionne que celui-ci « doit comporter des indications sur les différents cultes et le nom de leurs représentants ».

Le second est que, en qualité d'agent public, l'aumônier est soumis aux mêmes règles que l'ensemble des fonctionnaires et agents publics en matière de respect de la laïcité.

En effet, comme le rappelait le ministre délégué à la santé en introduction à la circulaire du 6 mai 1995, le patient hospitalisé « n'est pas seulement un malade. Il est avant tout une personne avec des droits et des devoirs » et, comme le précise la Charte, « Ces droits s'exercent dans le respect de la liberté des autres. Tout prosélytisme est interdit, qu'il soit le fait d'une personne accueillie dans l'établissement, d'une personne bénévole, d'un visiteur ou d'un membre du personnel. »

S'agissant de personnels recrutés en raison même de leur appartenance à une confession religieuse et de leur désignation en qualité de représentant de ce culte, cette idée peut paraître paradoxale, mais il faut entendre par là **le respect du principe de neutralité** qui, comme l'a jugé le Tribunal administratif de Paris en 2002, **s'impose à tous les agents publics** et pas seulement à ceux de l'enseignement : « Considérant que si les agents publics bénéficient, comme tous les citoyens, de la liberté de conscience et de religion édictée par les textes constitutionnels, conventionnels et législatifs, qui prohibent toute discrimination fondée sur leurs croyances religieuses ou leur athéisme, notamment pour l'accès aux fonctions, le déroulement de carrière ou encore le régime disciplinaire, le principe de laïcité de l'Etat et de ses démembrements et celui de la neutralité des services publics font obstacle à ce que ces agents disposent, dans l'exercice de leurs fonctions, du droit de manifester leurs croyances religieuses, notamment par une extériorisation vestimentaire ; que ce principe, qui vise à protéger les usagers du service de tout risque d'influence ou d'atteinte à leur propre liberté de conscience, concerne tous les services publics et pas seulement celui de l'enseignement ; que cette obligation trouve à s'appliquer avec une rigueur particulière dans les

services publics dont les usagers sont dans un état de fragilité ou de dépendance ».

Ces principes s'appliquent donc à tous les fonctionnaires et agents publics, à l'exception toutefois des ministres des différents cultes mentionnés à l'article R.1112-46 du code de la santé publique, lequel dispose que « Les hospitalisés doivent être mis en mesure de participer à l'exercice de leur culte. Ils reçoivent, sur demande de leur part adressée à l'administration de l'établissement, la visite du ministre du culte de leur choix. »

L'aumônier est-il pour autant confiné dans ce seul rôle de visite aux patients qui le demandent ou, le cas échéant, d'ordonnateur de rituels mortuaires ? Bien souvent, les médecins et les soignants voient en l'aumônier un membre à part entière de l'équipe et considèrent que son action ne se fait pas au seul bénéfice du patient qui l'a demandé : sa présence, par la dimension éthique qu'il porte, est enrichissante pour tous. L'aumônier peut – et sans doute doit-il le faire – éclairer l'équipe médicale et soignante sur les implications réciproques que peuvent avoir certaines de leurs décisions au regard des convictions et pratiques religieuses des patients. C'est-à-dire qu'il peut, en raison même de sa spécificité, jouer pleinement son rôle d'agent public contribuant à l'amélioration du service public rendu aux usagers des établissements publics de santé.

*
* *

Le monde de l'Institution se doit d'être laïc. Mais le soin ne peut être un temps ni un espace d'interruption des croyances et des pratiques du patient citoyen libre de ses options. En effet, dans le cadre d'une prise en charge globale du patient, si celui-ci est « amputé » d'une partie de lui-même, le soin ne peut atteindre son objectif. L'hôpital public, structure laïque, s'ouvre donc par nécessité à toutes les dimensions de l'individu dont la spiritualité est une composante souvent essentielle.

L'on comprend mieux ainsi le rôle et le statut particulier de l'aumônier qui permet au patient d'assurer, dans l'enceinte de

l'hôpital, la continuité de sa singularité au même titre que, par exemple, les activités (culturelles, ludiques ou autres) et les services (cafétéria, point Presse, télévision,...) permettant à l'individu de ne pas se sentir déraciné de sa vie sociale et citoyenne.

Délicat à maints égards, l'exercice des fonctions d'aumônier en milieu hospitalier repose donc autant sur leurs compétences « professionnelles » que sur un savoir être leur permettant de respecter l'équilibre indispensable entre ces deux pôles que sont la liberté de culte et le principe de laïcité. C'est d'ailleurs en dépassant cette apparente dichotomie que l'intérêt du patient peut être replacé au centre de l'action des équipes soignantes et de la finalité de l'institution hospitalière.

RÉFLEXIONS À PROPOS DES COMPTES-RENDUS
DES GROUPES DE TRAVAIL
PROVENANT DE L'HAS ET DE LINDA BENATTAR

Mission « bientraitance » Quelques réflexions à propos des comptes-rendus des groupes de travail

Les comptes-rendus des réunions des groupes de travail sur la bientraitance ont mis en évidence la multiplicité des niveaux et des natures d'actions nécessaires à la mise en place de démarches de bientraitance en établissements de santé :

- L'ouverture d'une réflexion pluriprofessionnelle sur les **valeurs du soin**. Les groupes ont souligné à juste titre l'aspect non figé, dynamique de cette réflexion. Les subjectivités des patients et des soignants et les « petites choses » de tous les jours ne peuvent être évacuées au profit de notion plus « objectivables » comme celle de « qualité de service »
- La **dimension managériale** qui permet de déployer cette réflexion dans l'organisation, le rôle éminent de l'encadrement de proximité
- La place de l'analyse et de l'**évaluation** collective des pratiques qui permettent le questionnement et l'amélioration des pratiques

Le lien avec la **qualité de vie au travail des soignants** : il faut permettre aux professionnels de « bien » travailler, c'est à dire non seulement de travailler dans de bonnes conditions mais aussi d'avoir le sentiment de « bien » faire, d'être en mesure de mettre en œuvre ses valeurs et d'être soutenu par l'institution dans ces efforts.

Toutefois, nous souhaiterions attirer votre attention sur quelques éléments qui nécessitent de compléter ce premier travail : :

- les associations de patients ont été sous-représentés dans ces groupes de travail. Cette absence liée aux contraintes du calendrier représente une lacune importante : l'intervention d'association de malades ou de bénévoles d'accompagnement dans un service est facteur de bientraitance, ils ont une approche particulière qui n'est pas celle des professionnels et qui permet d'approcher la question de la bientraitance dans sa globalité ; l'un des meilleurs moyens de lutter contre la maltraitance est de faire entrer un « tiers » à la situation de soin, d'où l'importance du rôle de ces associations.

- Cette sous-représentation induit un effet paradoxal : alors que la mise en œuvre d'une démarche de bientraitance implique de partir des besoins et des attentes des patients et de leur entourage, les professionnels des groupes ont parfois tendance à « décentrer » le propos pour ne plus aborder ces questions que du point de vue des professionnels. On est plus souvent dans une réflexion sur les attentes et besoins des professionnels pour être bientraitant. La question des conditions de travail, prend une place centrale. Or si la question des conditions de travail est évidemment étroitement corrélée à la question de la bientraitance ce n'est pas le même sujet. Les liens étroits entre les problématiques ont, d'ailleurs, conduit la HAS à développer en parallèle le thème de la qualité de vie au travail ; l'hypothèse était que cela permettrait de déployer pleinement les deux démarches. Mais le recouvrement complet des deux sujets n'est pas souhaitable : il conduit en l'occurrence à « oublier » le patient à certains moments de la réflexion des groupes.¹ Il semble manquer une notion pourtant centrale dans une démarche de bientraitance, celle « d'autonomie du patient ». Inclure à une définition de la bientraitance la nécessité de considérer le patient comme une personne qui conserve sa capacité de faire des choix et l'aider à conserver cette autonomie permet d'éviter l'un des écueils de la relation d'aide qui consiste à n'aborder l'autre qu'à travers le prisme de sa vulnérabilité et à se substituer à l'autre et à sa volonté.

Enfin, lorsque l'on aborde la question de la bientraitance des patients par les professionnels, survient systématiquement la question de la violence des patients ou des proches à l'encontre des professionnels. La question de l'agressivité des patients est abordée avec nuance puisqu'il est reconnu que celle-ci peut trouver sa source dans la violence qu'ils subissent de fait de leur situation (maladie, douleur, angoisse...) et/ou de la confrontation à l'institution sanitaire dont nous avons vu qu'elle était potentiellement maltraitante. La réponse par la formation des personnels à la gestion des conflits est un exemple d'action mis en avant. Ici encore, s'il est possible d'aborder cette question dans le cadre d'une réflexion sur la bientraitance (notamment le rôle de la bientraitance pour désamorcer les situations de conflit, le caractère inacceptable de certaines formes de violence ou d'incivilité...), elle ne doit pas recouvrir tout le champ du questionnement. Ainsi, il ne paraît pas souhaitable de faire de la protection des équipes un axe à part entière de la définition de la bientraitance.

Il faut veiller, selon nous, à inscrire la mission dans une logique partenariale entre représentants des professionnels et représentants des patients et de leurs proches : l'une des voies pour y parvenir est

¹ Par exemple, GT 4 27 septembre lorsque le problème de la prise en charge de la douleur la nuit est évoqué, on est surpris de voir qu'est exclusivement mis en avant « le sentiment d'impuissance » des professionnels. Gt 5 le 11 Octobre, les axes d'une définition de la bientraitance proposés incluent des dimensions sans doute essentielles : institution, professionnel, management, protection des équipes. Mais rien sur la place du patient, de ses besoins, du respect des personnes accueillies, patient et proches, rien ou presque sur la place des représentants des usagers...

l'implication peut-être plus importante des associations de patients selon des modalités adaptées aux contraintes de ces acteurs, le plus souvent bénévoles, que ce soit les associations de représentants d'usagers, mais également d'accompagnement : le collectif Interassocaitif sur la Santé (CISS) et l'alliance nationale des associations en milieu de santé (ANAMS). Ainsi, il serait souhaitable que les CISS régionaux participent aux journées régionales prévues dans le cadre de la mission : il faut leur permettre d'anticiper cette participation en les sollicitant le plus en amont possible.

Puteaux le 7.11.2010

Objectifs analyser les points relevés dans les différents groupe afin de mener une politique de bien-traitance à l'hôpital

Tout d'abord, il est à préciser que cette démarche concerne à la fois les établissements sanitaires privés associatifs et privés commerciaux ainsi, toutes les remarques concernant la politique des établissements privés sont hors sujet

J'ai pu modestement analyser chaque ensemble de réflexion des groupes de travail
Voici donc mes remarques :

✚ Groupe 1 : ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES ET DE LEURS PROCHES
ON PEUT RETENIR /

- la **notion d'information passive** lors d'attente pour examens, admission, lieux de crise
- l'explication des **fonctions des interlocuteurs** : qui fait quoi et qu'en attendre sur un livret d'accueil ou une affiche d'info
- la notion de **formations à l'accueil** par fonction (pédagogie, capacité relationnelle)
- **l'accessibilité des données** concernant les patients et une **communication transversale** dans les services
- La réalisation d'une « **charte de bien-traitance** ou **d'engagement d'équipe** » par service affichée et connue de tous accessible au public
- la réalisation **d'une check list** consensuelle **de l'accueil** par service
- un **parcours d'intégration du nouveau salarié** par métier pour permettre de connaître la culture service, ses valeurs et savoir quelles sont ses prérogatives vis-à-vis du patient et de ses proches
- La nomination **d'un référent bientraitance** comme en EHPAD qui intègre et accompagne le nouveau venu salarié et patient (et sa famille) : visite des lieux, installation, souhaits, recommandations hors du champ médical, présentation du service etc..
- la prise en compte de la **vulnérabilité** du malade, de ses proches, de leur **singularité**
- **La part décès** est un point sensible où il ne faut pas penser que **laïcité écarte la culturalité** : ce qu'on peut faire de ce qu'on ne peut pas, faire ne signifie pas ne rien accepter : ainsi concernant le **personnel mortuaire** : ont-ils des info sur les circonstances du décès, sur les interlocuteurs familiaux :là aussi **communication interne à travailler** pour faciliter leur accueil
- créer des lieux plus confidentiels par service pour accueillir les familles en cas de crise

✚ Groupe 2 : ASSISTANCE DANS LES BESOINS FONDAMENTAUX
ON PEUT RETENIR/

- une **charte d'engagement d'équipe** qui permet de veiller à empathie, respect, professionnalisme, bienfaisance, respect du libre arbitre, pudeur, intimité de l'individualité, de la résonance du soin, de la prise en compte de la souffrance, confidentialité
- un **projet de service** où ces réflexions seront annotées : il s'agit donc d'une démarche intentionnelle et volontaire d'équipe à veiller à cette attitude où une partie de l'écrit **se consacre à cette démarche**
- Réalisation d'une **check liste de règles d'or d'accueil** du patient hospitalisé
- **faire apparaître** à la Réalisation **d'EPP** (évaluation des pratiques professionnelles) la prise en compte à chaque thème de la **partie intentionnelle de bientraitance**

- valoriser les pratiques
- Intégrer dans les **accréditations la notion de réflexion sur la bientraitance**
- **ergonomie** au travail et organisation spatiale des services mieux étudiés pour une proximité avec ses patients
- Créer des **lieux plus confidentiels**
- Créer une **liste des besoins et des approches** à vérifier pour chaque patient

🚧 Groupe 3 : CONSULTATIONS EXAMENS COMPLEMENTAIRES SOINS ET TRAITEMENTS INVASIFS

- qualité des services rendus : **évaluation de la qualité** par les usagers et mettre en place des **indicateurs qualité « bientraitance »**
- édition de recommandations de bonnes pratiques de savoir être
- **communication plus transversale** : chaîne décisionnelle et pluridisciplinaire
- **échange et transparence des pratiques : mise en place de process écrits** qui incluent le savoir être au savoir faire
- **temps d'échanges**, de partage, de supervision pour réflexion constante, réunions de morbi-mortalité où la démarche doit être systématiquement abordée
- **réaliser un parcours de soins** du patient dès son accueil avec **information passive, individuelle et personnalisée et communication « inter-services » de l'avancée de l'annonce pour éviter les doutes, les questionnements, les flous et gérer le déni**
- **traduire les « codes de l'hôpital »** pour les patients et leurs proches : expliquer, s'entretenir, faire reformuler et s'adapter à tous les modes de communication : notion de référente de service ou de consultation
- voire indiquer **la personne référente du service ou de la consultation** qui reprendra les termes exposés par le médecin ou le spécialiste technicien pour reformuler et vérifier l'intégration des annonces
- faciliter l'accès aux soins par des **modalités extra –hospitalières** : halte garderies, chambres ou salles de recueillement, lieux d'accueil en dehors des heures de visite, etc...

🚧 Groupe 4 : PREVENTION ET TRAITEMENT DE LA DOULEUR

- **inclure** dans chaque process technique, la partie incluant explication des actes, questionnement et anticipation de la douleur : **systematiser sa recherche**
- **prendre en compte** :
 - la souffrance morale associée
 - la répercussion sur la qualité de vie
 - la dimension culturelle
 - l'histoire et la représentation de la douleur pour le patient
- savoir **adapter son évaluation** à la population ciblée
- **management transversal et pédagogique**
- **anticiper** sa prise en charge et éduquer les acteurs à **posséder des techniques et des savoir faire performants** dans la pratique des actes
- **systematiser** sa recherche et **sa prise en compte** dans les EPP même si le patient ne s'exprime pas dessus
- Utiliser du **matériel ergonomique** pour les soignants et les patients
- Veiller à la **bonne installation et à la participation (ou l'adhésion)** du patient pour chacun des actes effectués : annoncer l'acte et l'expliquer avant d'agir

- connaître la portée sur le patient des actes effectués notamment des actes techniques et d'exploration : le juste soin, le bon acte au bon moment pour un motif précis et énoncé

Groupe 5 : ACCOMPAGNEMENT DE LA PERSONNE ET DE SES PROCHES EN FIN DE VIE

- **se questionner** à chaque acte effectué **sur le juste soin** et la portée de l'acte sur le patient
- mise en place d'**autoévaluation** sur les pratiques et la qualité perçue et des audits internes sur les pratiques de communication
- **personnaliser** le soin
- savoir **analyser la perception** qu'a l'autre de son savoir faire
- **réflexion d'équipe pluridisciplinaire** incluant tous les acteurs y compris les médecins : projet de soins individuels clair, accessible, énoncé et écrit
- protocoles de soins individualisés et personnalisés pour chaque patient
- **projet de service** ou d'unité clair, intégrant les valeurs, **la démarche éthique** avec les managers, les soignants et l'expression des patients
- **créer une « culture » d'équipe**
- **respect des choix** des désirs et favoriser **l'expression des directives anticipées**
- **anticiper et acter des rencontres successives** avec les proches pour les informer
- **apprendre à communiquer** dans les contextes des cultures différentes et à s'adapter aux situations non prévisibles

A chaque groupe, se sont exprimées les difficultés des professionnels sur les violences physiques, verbales et comportementales rencontrées auprès des patients, de leurs proches; les difficultés concernent aussi les interactions dans le monde professionnel par le manque d'échanges entre les métiers : le manager se doit d'être exemplaire et de manœuvrer le service en « bientraitant » pour les patients, les proches et les professionnels qui l'entourent

En conclusion, on peut retenir que le projet de service doit contenir la démarche éthique volontaire et réfléchie en équipe des pratiques bientraitantes avec un management participatif à cette démarche

Que cette approche peut être analysée et quantifiée grâce à la démarche « accréditation » qui incluerait la partie réflexion bientraitante à chaque acte ou pratique technique

Que la communication passive et active auprès du patient et ses proches en fait partie, communication adaptée au public concerné

La notion de check liste de bonnes pratiques et de protocoles précis et consensuels sont aussi à retenir

Que le recueil de « baromètre » qualité perçue doit servir à des axes d'amélioration continue exprimée comme des engagements d'équipe

L'accueil des nouveaux collaborateurs et des stagiaires est une mission importante qui permet de transmettre des valeurs de bien traitance

Qu'un référent « bientraitance » par service formé aux modes de communication peut être un guide pour ses collègues et un vecteur de communication pour les patients et leurs proches

Que les recherches de pratiques plus performantes doivent toujours prendre en compte la mesure de la bientraitance

Que la bientraitance est une culture et une démarche permanente en vue de prendre conscience à chaque acte de sa portée par son savoir être associé au savoir faire qui s'intègre à la démarche qualité