



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



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 CHRQUI-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

LE SOMMAIRE

1. INTRODUCTION.....	07
1.1. L'émergence de la notion de « bientraitance » dans le secteur médico-social.....	07
1.2. Des acteurs de santé qui prennent conscience de la maltraitance « ordinaire » ou « passive » comme d'une réalité des prises en charge hospitalières.....	08
2. MÉTHODOLOGIE DÉVELOPPÉE	11
2.1. Répartition des travaux autour de grandes thématiques	11
2.2. Constitution d'un fonds documentaire commun	13
2.3. Constitution et appui d'un comité de pilotage constitué de nombreux experts	13
3. PROPOSITIONS DE DÉFINITIONS DE LA BIENTRAITANCE	14
3.1. Bientraitance, culture du soin	14
3.2. Qualité de service	16
3.3. Un consensus sur les valeurs.....	17
4. OBJECTIFS ET MODALITÉS DE MISE EN OEUVRE POUR LA PÉRENNITÉ DE L'ACTION	21
4.1. A l'échelon national.....	21
4.1.1. Affirmation et mise en œuvre d'une volonté politique nationale	21
4.1.2. Conduire la politique nationale.....	22
4.1.3. Faire vivre la politique nationale en faveur de la promotion de la bientraitance	23
4.1.4. Améliorer les dispositifs de dépistage de la maltraitance ordinaire.....	27
4.1.5. Créer une dynamique de recherche et internationaliser la problématique	28
4.2. A l'échelon régional	28
4.3. A l'échelon des établissements de santé	29
4.3.1. Affirmer la politique de promotion de la bientraitance comme un objectif stratégique	29
4.3.2. La valorisation et le soutien des cadres.....	31
4.3.3. L'importance du plan de formation.....	31
4.3.4. L'audit du parcours patient.....	32
4.3.5. La communication autour des valeurs de bientraitance.....	33
4.3.6. La maîtrise du risque de maltraitance.....	34

5. CONCLUSION	38
5.1. Une volonté politique durable sur le plan national marquant l'engagement en faveur de la bientraitance	38
5.2. Le soutien des Structures Régionales de Santé (dont les ARS) intégrant la promotion de la bientraitance.....	39
5.3. La volonté affichée au sein des établissements de promouvoir la bientraitance	39
5.4. De façon transversale, les clés de la réussite de la promotion de la bientraitance	42
6. PLAN D'ACTION	44
6.1. Pérenniser au niveau national et régional l'engagement en faveur de la bientraitance	44
6.1.1. Mesures nationales.....	44
6.1.2. Mesures locales.....	44
6.2. Promouvoir auprès de tous les publics la culture de la bientraitance	44
6.3. Accompagner et évaluer les démarches de promotion de la bientraitance dans les établissements de santé	44
6.4. Développer et promouvoir un management d'établissement axé sur la bientraitance des patients et la qualité de vie au travail des professionnels.....	45
6.5. Renforcer la prévention de la maltraitance	45
6.6. Développer l'expertise et la formation sur la bientraitance et les approches « centrées patient »	46
7. SOMMAIRE DES ANNEXES.....	47
8. TEXTES DE RÉFÉRENCE, BIBLIOGRAPHIE, RESSOURCES INTERNET	49

1. INTRODUCTION :

Le 5 Octobre 2010, lors d'une conférence de presse Roselyne BACHELOT-NARQUIN, ministre de la santé et des sports, lançait les missions de « 2011, année des patients et de leurs droits ».

Afin de préparer cette année, trois missions ont été chargées de mener une réflexion sur des thématiques prioritaires en matière de droit des patients et de leurs proches dans les établissements de santé.

Parmi ces thématiques, la ministre a identifié la « bientraitance ».

Sont apparus en effet :

- l'intérêt de la notion et des politiques de promotion de la bientraitance développées dans le secteur médico-social pour jeter un éclairage nouveau sur l'effectivité des droits des patients et de leurs proches ;
- la nécessité de répondre sur un plan politique, managérial et d'amélioration des pratiques à la prise de conscience récente, aigue mais encore peu « institutionnalisée » des acteurs de santé que la maltraitance « ordinaire » ou « passive » marque aussi la réalité des prises en charge hospitalières.

Cette prise de conscience intervient à la croisée de plusieurs phénomènes :

- les mutations des métiers du soin et de leurs contextes institutionnels et politiques ;
- la permanence, malgré les dispositifs légaux mis en place et les progrès des pratiques et des organisations, d'un ressenti douloureux des prises en charge hospitalières par les patients et par leurs proches.

1.1. L'émergence de la notion de « bientraitance » dans le secteur médico-social :

La notion de bientraitance, dont la définition sera développée dans le rapport, est apparue dans le secteur social et médico-social. Elle a fait l'objet de réflexions politiques et institutionnelles qui ont pour origine la lutte contre la maltraitance. Les pouvoirs publics ont choisi depuis quelques années de doter les établissements de ce secteur d'outils juridiques traduisant la mise en place d'une véritable politique de promotion de la bientraitance.

La notion de bientraitance a connu un essor récent dans le secteur social et médico-social, sur la base de la loi de 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale¹.

¹ Loi n°2002.2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

Le plan « **Développement de la bientraitance et renforcement de la lutte contre la maltraitance** »² de 2007 marque le premier pas de cette politique.

Selon ce plan, « *il faut non seulement signaler et sanctionner sévèrement les agissements les plus graves, mais aussi développer la prévention et accompagner les institutions et les professionnels dans la mise en œuvre d'une véritable culture de la bientraitance* ».

L'Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et Médico-sociaux (ANESM) a fait paraître en août 2008 des recommandations de bonnes pratiques professionnelles, intitulées « **La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre** ».

Au-delà de la réflexion politique et institutionnelle, les pouvoirs publics ont choisi de doter le secteur social et médico-social d'outils juridiques permettant de lutter contre la maltraitance et de promouvoir la bientraitance.

La loi du 2 janvier 2002³ refonde le secteur social et médico-social en donnant la priorité au droit des personnes. Elle fournit des outils aux établissements pour répondre aux phénomènes de violence et de maltraitance.

La loi de 2005 « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées⁴ » poursuit la logique qui consiste à placer l'usager au centre des dispositifs, en l'appliquant aux droits des personnes en situation de handicap.

1.2. Des acteurs de santé qui prennent conscience de la maltraitance « ordinaire » ou « passive » comme d'une réalité des prises en charge hospitalières :

Si la notion de bientraitance est apparue plus tardivement dans le secteur sanitaire, elle est aujourd'hui incontournable : les professionnels de santé, les acteurs du secteur hospitalier ont à leur tour pris conscience des phénomènes de maltraitance « ordinaire » ou « passive »⁵ qui peuvent affecter les prises en charge en établissements de santé.

² Plan « *Développement de la bientraitance et renforcement de la lutte contre la maltraitance* » présenté le 14 mars 2007 par P. Bas, Ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille.

³ Loi n°2002.2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

⁴ Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

⁵ C'est en définitive Philippe Bas Ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille qui en a donné la meilleure définition ou la meilleure illustration lors de la présentation le 14 mars 2007 du Plan « Développement de la bientraitance et renforcement de la lutte contre la maltraitance » : « Il peut s'agir de maltraitance passive tissée de «petites» négligences quotidiennes : faire des toilettes trop rapides, ne pas répondre aux appels des personnes, servir des repas trop tôt, ne pas respecter les rythmes de chacun pour le lever et le coucher...»

En 2008, la Fédération Hospitalière de France (FHF) a publié un « **Guide pratique bientraitance / maltraitance à l'usage des établissements et institutions** », premier pas vers l'introduction de la notion de bientraitance dans les établissements de santé.

La réflexion sur la lutte contre la maltraitance dans le secteur sanitaire a considérablement avancé en 2009, avec le rapport de Claire COMPAGNON et Véronique GHADI, sur la maltraitance « ordinaire » dans les établissements de santé⁶, rédigé pour la Haute Autorité de Santé.

Par ailleurs dès 2007, prenant exemple sur les progrès réalisés dans le secteur social et médico-social, la « communauté soignante » (acteurs médicaux, paramédicaux et administratifs) a amorcé des démarches de bientraitance dans les établissements de santé.

Les membres de la mission ont pu constater la qualité et la densité des réflexions menées sur ce thème dans certains établissements.

Les attentes et les témoignages des personnes soignées, de leurs proches et de leurs représentants en matière de bientraitance dans les établissements de santé ont joué un rôle important dans la transposition de la politique de bientraitance au secteur sanitaire.

La Haute Autorité de Santé, commanditaire du rapport Compagnon - Ghadi⁶ a joué un rôle crucial dans la prise en compte de la notion de bientraitance : la HAS a inscrit « la bientraitance et les droits » dans le manuel de certification des établissements de santé (référence n°10).

Par ailleurs, la thématique « bientraitance » est inscrite dans les axes et actions de formation prioritaire des personnels des établissements de santé⁷.

Enfin, la loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoire »⁸ dispose que les Agences Régionales de Santé « *contribuent, avec les services de l'État compétents et les collectivités territoriales concernées, à la lutte contre la maltraitance et au développement de la bientraitance dans les établissements et services de santé et médico-sociaux* ».

Ainsi, une véritable politique de bientraitance se dessine dans le secteur sanitaire.

⁶ « La maltraitance « ordinaire » dans les établissements de santé », Etude sur la base de témoignages, Claire COMPAGNON, Véronique GHADI, 2009.

⁷ Circulaire N°DHOS/RH4/2009/215 du 15 juillet 2009 relative aux axes et actions de formation prioritaires, à caractère pluriannuel, concernant l'ensemble des fonctionnaires des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant disposition statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

⁸ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (article 118), JORF du 22 juillet 2009, p.12184.

Plusieurs facteurs expliquent l'émergence de cette notion dans le secteur sanitaire :

Les innovations technologiques et les mesures d'efficience ne sont pas toujours bien assimilées par la « communauté soignante » occasionnant un mal-être et parfois même une crise de confiance.

Le monde dans lequel évolue le soignant change tout comme son exercice professionnel, sans qu'il y soit préparé :

- triangulation des relations soignant soigné par prise en compte des proches, de la famille ou de tiers ;
- sources multiples d'information du patient : internet, presse ;
- « Judiciarisation » croissante de la santé, réelle ou fantasmée ;
- impact de l'organisationnel et du management, des contraintes liées à la nécessaire efficience, auxquels les études initiales des professionnels de santé ne préparent pas ;
- ressources budgétaires réduites ;
- multiplication non comprise des lois, règlements, instructions et autres procédures ;
- cloisonnement entre activités, services et disciplines dont souffrent l'hôpital, le patient et la communauté soignante ;
- prééminence progressive des techniques au détriment de la clinique.

La relation privilégiée du soignant avec le malade et ses proches peut être mise en cause : le lien de confiance risque de se distendre et même se rompre.

S'éloignant des idéaux qui ont le plus souvent guidé son orientation professionnelle, confronté aux difficultés démographiques, économiques, techniques, le soignant risque de perdre progressivement le « sens » de son engagement, le sens du soin ; il devient de plus en plus demandeur de valeurs et d'une humanisation de son exercice professionnel.

L'expérience « ordinaire » des patients et des proches accueillis dans les établissements de santé doit être améliorée.

La loi du 4 mars 2002 et l'émergence des droits individuels et collectifs des patients ont changé bien des choses dans les établissements de santé et dans les pratiques des professionnels du soin. Et pourtant, l'écoute des patients et de leurs proches montre que la réalité des prises en charge reste contrastée.

Beaucoup reste encore à faire pour identifier et reconnaître les sources d'inconfort et/ou de conflit et réfléchir en équipe sur leurs possibles améliorations.

C'est conscients de ce contexte et de ces enjeux, ceux des évolutions des métiers du soin et ceux de l'expérience des patients et de leurs proches que les membres de la mission « bienveillance dans les établissements de santé » ont mené leurs réflexions.

S'appuyant sur la lettre de mission adressée par la ministre, ce rapport présentera :

- la méthodologie employée ;
- les valeurs et éléments de définition de la bienveillance et de la qualité de service ;
- les objectifs proposés pour les autorités nationales et locales, pour les établissements, en identifiant des recommandations ;
- les conclusions assorties d'un plan d'action pour tous les acteurs visant à mettre en place une politique de bienveillance qui doit être juste et efficace.

2. MÉTHODOLOGIE DÉVELOPPÉE :

Le Ministre de la Santé nous a demandé par courrier en date du 27 Juillet 2010 d'œuvrer pour que **s'améliore "la qualité du service rendu par nos établissements hospitaliers, dans toutes ses dimensions" et à promouvoir la bienveillance** en impliquant l'ensemble des acteurs professionnels et non professionnels.

2.1. Répartition des travaux autour de grandes thématiques :

Cinq moments particulièrement sensibles en matière de bienveillance et de qualité de service sont identifiés dans la lettre de mission. Chacun d'eux a donné lieu à la constitution d'un groupe de travail multidisciplinaire, réunissant des professionnels issus de tout le territoire, appartenant à des structures diverses représentatives du tissu hospitalier, ainsi que des représentants d'associations de personnes soignées et de leurs proches. Nous avons veillé à ce que la parole des personnes soignées soit entendue :

- lors d'appels à témoignage et proposition lancés aux patients grâce à l'appui de certains organes de presse régionale
- par l'étude de l'enquête menée à l'Institut Curie dans le cadre de la Maison des Patients.

Nous avons animé à tour de rôle les travaux de chacun des groupes, réunissant au total plus de 120 personnes. Chaque groupe, dont les travaux étaient coordonnés par l'un des trois pilotes de la mission, s'est réuni au minimum cinq fois trois heures. Des experts extérieurs ont été ponctuellement auditionnés. Des psychosociologues extérieurs ont participé à certaines réunions afin de donner leur avis sur l'évolution des groupes et la dynamique mise en place.

La mission a bénéficié de l'apport des groupes de travail mis en place par la Fédération des Organismes Régionaux et territoriaux pour l'Amélioration des Pratiques et organisations de Santé (FORAP), notamment celui de la structure départementale de Loire Atlantique « Quali Santé 44 » et Franche-Comté.

Des tableaux présentant l'ensemble des rencontres, la liste de constitution des groupes, les experts extérieurs auditionnés sont présentés en annexe.

- **Groupe 1** : "[Accueil et accompagnement du patient et de ses proches](#)" coordonné par Michelle Bressand, Infirmière, Conseillère Générale des Établissements de Santé ;
- **Groupe 2** : "[Assistance dans les besoins fondamentaux comme la toilette, les soins d'hygiène, le repas, l'aide à la mobilité](#)" coordonné par Martine Chriqui-Reinecke - Psychologue Clinicienne ;
- **Groupe 3** : "[Consultations, examens, traitements et soins invasifs](#)" coordonné par Michel Schmitt Médecin-Chef du Pôle d'Imagerie Médicale, Groupe Hospitalier du Centre Alsace ;
- **Groupe 4** : "[Prévention et traitement de la douleur](#)" coordonné par Michelle Bressand ;
- **Groupe 5** : "[Accompagnement de la personne en fin de vie](#)" coordonné par Martine Chriqui-Reinecke.

Chaque réunion a porté sur un des thèmes présentés dans la lettre de mission, à savoir :

- **1^{ère} rencontre** - réalisée selon le groupe le 27 ou 28 Septembre 2010 : "[Proposer une définition adaptée de la bientraitance et de la qualité de service en établissement de santé](#)" ;
- **2^{ème} rencontre** - réalisée selon le groupe le 4 ou 5 Octobre 2010 : "[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^{ème} rencontre** - réalisée selon le groupe le 11 ou 12 Octobre 2010 : "[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^{ème} rencontre** - réalisée selon le groupe le 20, 21 ou 22 Octobre 2010 : "[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](#)".
- **5^{ème} et dernière rencontre** - organisée selon les groupes les 18 ou 19 Novembre 2010 – a eu pour objectif la rédaction et la présentation de la synthèse validée des travaux.

Deux rencontres supplémentaires les 17 Novembre et 9 Décembre 2010, ouvertes aux usagers et tout autre représentant de la vie civile ont porté sur le thème "Bienveillance et Laïcité".

Les points importants à signaler d'emblée sont :

- la motivation et la forte implication des participants comme de leur établissement de provenance qui ont accepté de "détacher" ces professionnels et de prendre en charge leurs frais de déplacement ;
- le grand intérêt des représentants des personnes soignées sollicités, de leurs représentants qui n'ont pas hésité à témoigner, proposer et participer - y compris parfois financièrement concernant les différents déplacements - attestant ainsi de leur motivation ;
- la richesse des échanges lors des travaux de réflexion et de partage d'expérience, soulignant les enjeux de la pluri professionnalité au service d'une telle réflexion,
- **l'attente forte de tous les participants, soignés et soignants de voir la thématique de la bienveillance prise en compte au niveau national pour aboutir à des actions concrètes qui permettront le bien-être à l'hôpital.**

2.2. Constitution d'un fonds documentaire commun comprenant :

- une bibliographie actualisée ;
- une revue de la littérature autour de la notion de bienveillance réalisée fin Septembre 2010 ;
- les comptes-rendus et synthèses réalisés sur la base des notes prises par les élèves-directeurs ;
- les documents transmis par les participants dont :
 - * présentation de projets déjà réalisés et d'expériences réussies,
 - * témoignages divers,
 - * articles et contributions.

L'ensemble est disponible sur le **site collaboratif de la mission**

« 2011, année des patients et de leurs droits » :

<https://collaboratif.sante.gouv.fr/sites/anneedespatients/default.aspx>

2.3. Constitution et appui d'un comité de pilotage constitué de nombreux experts :

La liste des participants est présentée en pièce jointe. Animé une première fois par Clara de Bort (conseillère technique au cabinet du ministre de la santé), une autre fois par Christine d'Autume (IGAS), le comité a :

- rendu un avis sur les comptes-rendus des travaux des 5 groupes, remis lors de la première rencontre du 22 Octobre 2010 ;
- fourni une contribution personnelle sur les deux derniers points de la lettre de mission en termes d'objectifs et de modalités à définir pour mettre en œuvre et promouvoir la démarche en faveur de la bienveillance dans toutes les étapes du parcours du patient avec ses proches ;

- analysé et critiqué les rapports de synthèse des cinq groupes de travail ;
- relu et proposé des modifications à certains passages du rapport final.

3. PROPOSITIONS DE DÉFINITIONS DE LA BIENTRAITANCE :

3.1. Bientraitance, culture du soin :

Démarche globale d'accueil et de soin, attentive aux risques, contraintes et sources d'inconfort que la maladie et le contexte même de l'hospitalisation font peser sur le patient et ses proches, la bientraitance vise à promouvoir :

- le respect de la liberté et des droits de la personne soignée,
- la prise en compte de ses besoins et attentes spécifiques, tout en maintenant la vigilance sur les risques de maltraitance.

La bientraitance est une posture professionnelle active et dynamique, individuelle et collective du soin, qui prend racine dans un système de valeurs humanistes. Elle procède du « savoir-être ». Démarche globale, elle passe par une relation de confiance pérenne entre la personne soignée et les équipes soignantes. Elle nécessite :

- d'interroger régulièrement les pratiques soignantes,
- d'accepter la contradiction et la remise en cause permanente, éthiques et techniques, de tous les acteurs de la communauté soignante : leurs actions et leurs engagements sont centrés sur la personne soignée et ses proches.

Démarche professionnelle, volontaire, individuelle et collective, elle se décline en différentes attitudes qui permettent :

- au malade de rester une personne humaine et un citoyen tout au long de sa maladie, de voir ses droits et sa dignité respectés, ses besoins et attentes reconnus
- et aux soignants de se mobiliser dans une dynamique au cœur de leur engagement professionnel, source de reconnaissance et de valorisation de leurs compétences professionnelles.

La bientraitance est un projet : elle n'est jamais acquise. Grâce à une vigilance constante, à l'écoute des personnes soignées et de leurs proches, elle conduit à adapter le soin à la personne en intégrant ses attentes et les évolutions de la société : elle décline les différents aspects du respect, de l'autonomie, de l'altérité, de la singularité, de la dignité des personnes.

La bientraitance ne se réduit pas à la lutte contre la maltraitance bien que ces deux notions soient indissociables : nulle bientraitance n'est en effet possible si le risque de maltraitance ne fait pas l'objet :

- d'une définition précise et diffusée à tous les acteurs de la communauté soignante (médicaux et paramédicaux, administratifs et techniques) ;

- d'une réflexion collégiale sur les facteurs et les niveaux de risque ;
- d'une élaboration commune d'actions de prévention assorties de moyens ;
- de la mise en place d'une veille critique permanente ;
- d'une connaissance partagée des conduites à tenir face à un événement maltraitant ;
- d'un positionnement cohérent de l'encadrement dont les médecins avec la culture de vigilance.

La bientraitance suppose :

- la prise de conscience par les acteurs du soin de l'asymétrie de la relation entre la personne soignée et les soignants et de ce que cela implique ;
- la prise en compte des besoins fondamentaux de la personne soignée ;
- la bonne réponse aux attentes du patient, considéré dans son environnement (psychologique, familial, social) selon une démarche continue d'adaptation ;
- l'exercice des bonnes pratiques ;
- l'évaluation régulière, dans l'objectif de leur amélioration des actions de formation initiale et continue ;
- la mise en place de règles institutionnelles et d'une organisation du travail, respectueuses des patients, de leurs proches comme des soignants et qui valorise l'expression de chacun ;
- la prise en charge de la souffrance qu'engendrent la maladie et ses impacts (tant pour la personne soignée et son entourage que pour l'équipe soignante). Cette souffrance a diverses expressions, certes physique mais aussi morale et psychologique (du fait de la perte d'autonomie de la personne, de la rupture dans l'histoire de vie, du sentiment de finitude et d'inachèvement existentiel).

Soucieuse du patient et de son bien-être, la bientraitance tend à rendre la personne soignée autonome dans ses choix, sujet et non pas objet des soins qui lui sont prodigués : la personne soignée et ses proches sont impliqués au côté des soignants, au-delà de l'asymétrie de la relation de soins. La bientraitance est source de bénéfices mutuels pour le patient, reconnu comme sujet et non comme objet de soins, et pour les soignants qui trouvent à valoriser leurs compétences en l'aidant à conforter l'autonomie de la personne soignée.

La bientraitance est une action collective. Elle implique différents acteurs qui interagissent en confiance :

- le soignant qui délivre le « bon soin », pertinent, au bon moment et au bon endroit ;
- les personnels d'accueil, d'administration et de direction, de restauration, de logistique qui contribuent à la qualité de l'environnement du malade et de ses proches ;
- l'institution qui intègre la bientraitance dans l'ensemble de ses processus stratégiques et de pilotage, processus dits « de support » et adapte ses règles et son organisation ;

- les personnes soignées et leurs proches ;
- les représentants des patients à l'hôpital (CRUQPC notamment).

Le bon soin, le soin de qualité est global.

Bientraitance et qualité des soins sont indissociables : ce sont les piliers de la qualité de service à l'hôpital

Le bon soin nécessite le « savoir » technique, respecte les données de la science et s'appuie sur la pluridisciplinarité voire la transdisciplinarité.

Sûr, il est réalisé par un professionnel de santé possédant l'expertise du geste, en coordination avec les autres soignants, dans un lieu adapté en s'assurant de l'efficacité et de l'efficience de l'acte.

Personnalisé, il prend en compte les attentes de la personne soignée, dans le respect de ses choix et refus, en s'adaptant au mieux au patient et à son environnement. Le bon soin ne doit cependant pas manquer aux règles de sécurité.

Il s'appuie sur un savoir-penser qui mobilise le savoir en tant que connaissance, et la capacité de s'en distancier pour se décliner concrètement en savoir-faire ; il ouvre sur un savoir-être qui va bien au delà de la réalisation d'une série d'actes.

Il nécessite compétence technique et bientraitance pour faire des lieux de soins des lieux d'abord et avant tout humains.

3.2. Qualité de service :

Aucune bibliographie n'a été fournie aux groupes qui ont réfléchi pour proposer une ou plusieurs définitions de la qualité de service adaptée aux établissements de santé. Cependant tous s'accordent sur le fait que la qualité du service rendu s'apprécie au regard de la capacité de l'établissement à satisfaire les besoins et les attentes des personnes en relation directe ou indirecte avec les établissements de santé. Il en découle que la participation des bénéficiaires à la définition du niveau de qualité recherché est souhaitable et l'évaluation de la qualité du service rendu par les bénéficiaires indispensable.

La qualité est cependant le résultat d'arbitrages entre, les attentes et besoins des bénéficiaires (qui sont variables et en constante évolution) et les missions de l'établissement de santé, en prenant en compte son offre de services et ses moyens mobilisables.

La politique qualité des établissements, bâtie sur une logique de projet, doit faire l'objet d'un document de référence et d'une communication adaptée pour faire connaître la volonté de l'établissement de s'engager à améliorer constamment la qualité de ses prestations.

Il convient de souligner l'importance d'une communication simple, facile à lire et à comprendre tant par les bénéficiaires que par tous les personnels.

Dans le monde sanitaire, la bientraitance procède du savoir-faire professionnel associé au savoir-être ; elle peut être assimilée aux soins de qualité, au respect de la personne. C'est pourquoi si les mesures prises pour permettre la bientraitance peuvent être mesurables, la bientraitance elle-même est ressentie par les bénéficiaires, souvent parce qu'ils en perçoivent le manque, et est essentiellement appréciée par eux.

Engager une politique d'amélioration de la qualité et une évaluation systématique de la qualité du service rendu par tous les secteurs des établissements de santé permet de mobiliser l'ensemble de la communauté soignante de l'établissement. En effet l'évaluation de la qualité du service rendu aux personnels est un des facteurs favorisant la compréhension et l'implication de tous.

Il est important d'inscrire ces engagements dans le projet d'établissement, en affirmant le rôle primordial de l'encadrement. Il a été souligné l'importance de renouveler les modes de management, grâce à l'implication des dirigeants et des personnels.

3.3. Un consensus sur les valeurs :

Si le mot de "bientraitance" n'existe pas encore dans la grande richesse de la langue française alors que celui de "maltraitance" se trouve largement explicité, nous sommes tous tombés d'accord sur le fait qu'il ne s'agirait nullement de réduire la bientraitance au simple contraire de la maltraitance.

Il ne semble pas inutile de rappeler que la notion de bien-traitance, en deux mots, est entrée dans le vocabulaire par la porte de la petite enfance ; elle a vu le jour avec les travaux de Françoise Dolto et de Danielle Rappoport avec l'opération pouponnière menée à Paris dans les années 1970. Elle atteste de la prise de conscience de la haute vulnérabilité, notamment liée à l'âge - avec le concept développé par les professionnels de la petite enfance de "douces violences" - avant même que la bientraitance ne soit appliquée aux personnes âgées.

Bien qu'encore nouvelle, cette notion vise à "**promouvoir le bien-être de l'usager en gardant à l'esprit le risque de maltraitance**" (ANESM - Juin 2008).

C'est dire combien en promouvoir la culture reste intimement lié à la prévention et à la lutte contre toutes formes de maltraitance vis-à-vis de toute personne soignée - la maladie étant le principal facteur de vulnérabilité -, ce qui fait **apparaître la bientraitance comme une préoccupation majeure des professionnels de santé** même si elle est le plus souvent évoquée comme "*tout un ensemble de petites choses et attentions*".

Toutefois, la fréquence de la maltraitance considérée comme "ordinaire" tel qu'en atteste le rapport remis à la HAS par Claire Compagnon et Véronique Ghadi force la prise de conscience.

La maltraitance est rarement active et il est rare qu'un soignant le soit intentionnellement maltraitant, ce qui relèverait de la malveillance.

La première difficulté et non des moindres consiste en la prise de conscience tant individuelle que collective de ce que chacun génère de possible maltraitance, dans ses dires comme dans ses actes. Par ailleurs une mauvaise organisation et/ou répartition de la charge de travail contribue à augmenter le risque de maltraitance.

La démarche clinique trouve ici tout son sens : observer et s'observer, appréhender la globalité d'une situation, identifier et évaluer les risques pour mieux y remédier dans la conscience - forte -de son implication. Le maillage des valeurs au cœur du soin se retrouve là également.

La bientraitance s'inscrit dans une démarche éthique qui consiste à tout moment à rechercher la bonne décision, mettre en place des actions "justes" et/ou "bonnes" qui se déclinent en autant de pratiques professionnelles, reflet de la compétence, tenant compte de la singularité de la personne, du contexte ainsi que des contraintes de la situation. Face à chaque situation, considérée comme unique, le questionnement doit présider à toute forme de réponse conjointement au souci de bienfaisance et de bienveillance, constituant avec la bientraitance le trépied de l'éthique médicale qui s'impose à tout professionnel de santé.

Tout soignant, médical ou paramédical, veille à ce que chaque acte soit passé au crible de ces principes afin de "*déjouer les risques de banalisation de l'humain*"⁹ et d'éclairer la quête du meilleur pour la personne concernée.

La bienfaisance est la recherche de ce qui est utile au patient. Rappelons ici la devise d'Hippocrate "*Primum non nocere*", soit d'abord et avant tout ne pas nuire. Il est du devoir du médecin de rechercher cet équilibre parfois fragile entre d'une part les bénéfices attendus, soit être utile au patient, et d'autre part les risques, soit ne pas lui nuire.

L'étude des conditions du mourir à l'hôpital a exacerbé la conscience de ce qui est vécu comme un manque de bientraitance, ce qui a conduit notamment au refus de l'acharnement thérapeutique ou, à l'opposé, à celui des postures d'abandon !

La devise exprimée plus simplement se résume à ceci :

"maximiser les avantages, minimiser les dommages possibles".

La bienveillance, souvent privilégiée par les professionnels et vécue comme une qualité relationnelle, consiste davantage en une attitude traduisant une intention positive à l'égard d'autrui, qui gagne à être rapprochée de la notion de responsabilité étant entendu qu'il s'agit là de la responsabilité professionnelle.

Cette disposition positive vis-à-vis de la personne soignée s'impose quel que soit le regard porté sur elle, loin de tout jugement, sans pour autant être complaisant.

Il s'agit donc bien d'une attitude professionnelle fondée sur le respect, ce que les lois relatives aux droits des usagers sont venues conforter.

⁹ "*Bienveillance Bientraitance - déjouer les risques de banalisation de l'humain*", Walter Hesbeen in "*La relation à l'humain et son questionnement éthique*" - GEFERS

Au cœur de la bientraitance et apparaissant comme un pivot, le respect du patient comme celui qui se doit à tout être humain et ce d'autant plus que la maladie le rend vulnérable.

Le respect apparaît comme une valeur fondamentale du soin, non négociable et inaliénable, qui engage la responsabilité de chacun dans son agir professionnel.

Le respect s'inscrit dans un processus dynamique et "situé" qui résulte de l'interaction entre plusieurs types de savoirs : des connaissances et des savoir-faire mais aussi des savoir-être ; on parlera de compétences "sociales" et/ou relationnelles attendues et exigibles, des fonctionnements cognitifs (par exemple la capacité à prendre une décision, à s'adapter à une situation clinique complexe)...

Le respect, outre le fait qu'il peut être entendu en tant que valeur, est aussi dans le cas la bientraitance une compétence relationnelle et sociale essentielle dans la pratique professionnelle de tout soignant, voire de tout autre professionnel travaillant auprès de la personne soignée et ce, quelles que soient les spécificités de celle-ci.

Il est du devoir professionnel du soignant - à entendre au sens large - de lui témoigner du respect en toutes occasions, et ce quelle que soit la situation.

Ce respect d'autrui s'impose et ne suppose pas de réciprocité, ce qui permet d'éviter toute escalade en termes de comportement.

Toutefois, chaque professionnel doit veiller aux conditions de réciprocité car tout ne saurait être acceptable, la maladie ne pouvant tout excuser. Il est important, afin de mieux comprendre ce qui se joue dans la relation, que le professionnel soit suffisamment bien formé sur ce qu'induit la maladie dans "le système de vie" du patient et qu'il ait présent à l'esprit l'inégalité de l'échange entre le patient et lui.

C'est dans la prise de conscience de cette dissymétrie au sein de la relation soignant-soigné, comme la conscience de ce que nos dires, voire nos actes peuvent à notre insu avoir de maltraitant, que le regard porté sur autrui - dans toute la singularité qui le caractérise - peut changer et change.

Ce respect inconditionnel favorise le sentiment de dignité et satisfait le plus souvent le besoin et/ou l'aspiration à la reconnaissance de la personne malade.

Si parmi les valeurs à l'œuvre dans la bientraitance, le respect est venu en première position, il en est d'autres qui ont fait consensus au sein des groupes telles :

- la recherche continue d'amélioration de la prise en charge, son adaptation aux changements et évolutions diverses constatées et le souci du bien-être ;
- l'empathie qui caractérise la relation et qui relève d'une authentique formation à la communication ; cette attitude traduit la capacité à se mettre au plus près des représentations personnelles et intimes du patient pour mieux le comprendre et cheminer à ses côtés tout en restant conscient du fait de ne pas être à sa place ;

- la sollicitude, déjà évoquée bien que non explicitement nommée, est comparable à une forme de sagesse pratique qui engage une posture d'attention à autrui en lui reconnaissant toute sa fragilité, du simple fait d'être là... face à un professionnel, un univers complexe avec ses codes et ses normes générateurs possibles d'anxiété ;
- la recherche et le respect de l'autonomie du patient :
 - * son droit à être informé de la façon la plus adaptée possible pour qu'il soit en mesure de décider ce qui lui convient le mieux, qu'il s'agisse du consentement ou du refus de soin,
 - * le respect de son intimité à la fois dans la reconnaissance de sa vulnérabilité et la conscience de la manière dont la personne vit son intimité bien au delà du corps,
 - * le respect de son statut social, de sa citoyenneté, par tout ce qui permet de maintenir le lien aux autres.

Préserver l'autonomie du patient, la maintenir et la renforcer s'appuie sur le principe qui consiste à juger l'autre comme digne de, capable de se déterminer, pour que le soignant aide le patient à en faire bon usage ;

- la confidentialité, qui préserve tout renseignement relatif au patient et son état global de santé, recueilli dans l'exercice des fonctions soignantes ;
- le souci d'équité et l'honnêteté ont également été évoqués, rattachés au respect des droits du patient de même qu'aux devoirs moraux et professionnels de l'ensemble des professionnels œuvrant au service de la qualité de la prise en charge.

Pour conclure sur les valeurs identifiées comme étant au cœur de la bientraitance, toutes profondément humaines et conformes aux valeurs de notre République, on ne peut que noter l'engagement qu'elles réclament de tout professionnel dans le souci constant du patient, celui de sa singularité, de son entourage, de l'équipe et la nécessaire coordination entre les différents professionnels et l'institution elle-même.

La bientraitance, reflet de ces valeurs, se traduit en une posture professionnelle réflexive, une façon d'être, une attitude caractérisée par la volonté active, voire l'obligation d'inscrire ses pratiques dans un processus dynamique de questionnement continu, et pour ce faire, être conscient de la nécessité qu'il y a à continuer de se former.

La bientraitance se situe au carrefour des différents savoirs que sont le penser et l'agir dans un aller-retour constant où le questionnement fonde la qualité de la relation.

4. OBJECTIFS ET MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE POUR LA PÉRENNITÉ DE L'ACTION :

4.1. A l'échelon national :

Les acteurs nationaux sont, principalement : le Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, le Ministère des Solidarités et de la Cohésion Sociale, la Haute Autorité de Santé (HAS), les Fédérations Hospitalières et les Conférences nationales, l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM), la Fédération des Organismes Régionaux et territoriaux pour l'Amélioration des Pratiques et organisations de santé (FORAP), la Fédération des Spécialités Médicales, les Collèges de bonnes pratiques, les sociétés savantes, les organismes professionnels, l'Académie Nationale de Médecine, la Conférence Nationale de Santé, les ordres professionnels.

Chacun de ces acteurs a vocation à définir son rôle propre dans la promotion de la bientraitance en établissements de santé, les actions pertinentes et leurs modalités de mise en œuvre.

La mission nationale bientraitance a pris connaissance des travaux en cours et souhaite formuler des recommandations afin de les mettre en cohérence et établir les orientations à adopter pour prolonger et intensifier les initiatives existantes :

4.1.1. Affirmation et mise en œuvre d'une volonté politique nationale :

Recommandation n°1 : Affirmer une volonté politique durable :

- **La bientraitance en établissement de santé 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 gestionnaires) et reconnues comme essentielles par les patients, leurs proches et leurs représentants.
Démarche progressive et résolument positive, la bientraitance tend à l'amélioration continue du service rendu au patient tout en valorisant les professionnels engagés dans une relation de collaboration avec la personne soignée et ses proches. Ce fonctionnement 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.
- **La promotion de la bientraitance est une exigence nationale** : il ne s'agit pas d'imposer de nouvelles « normes » mais de proposer aux professionnels des établissements de santé et aux personnes soignées un cadre, des objectifs stratégiques et opérationnels mettant en perspective les attentes et droits des patients, les valeurs des soignants pour permettre leur mise en œuvre au quotidien.
- **La bientraitance n'est pas une notion ou une exigence nouvelle** mais « l'institutionnalisation » de préoccupations anciennes chez les patients comme chez les soignants.

La bientraitance est une préoccupation majeure, fédératrice, du début à la fin de l'accompagnement de la personne accueillie.

Pour que cette visée soit effective, elle doit être soutenue par une volonté politique clairement affichée, déclinée par l'ensemble des acteurs en position de responsabilité dans le système de santé (chefs de pôles, directions d'établissement, responsables régionaux, institutions nationales) : des objectifs clairs, des outils de pilotage, des indicateurs d'évaluation, des leviers de promotion doivent être mis en place.

Recommandation n°2 : Pérenniser de la démarche nationale :

- Mise en place d'un cadre national de promotion de la bientraitance en établissements de santé.

A l'issue des réunions régionales prévues en 2011, la proposition de définition de la bientraitance adaptée aux établissements de santé et les axes de travail du rapport, ajustés en fonction des discussions, seront pérennisés sous la forme d'un **programme national de développement de la bientraitance**. Ce programme « validera » la définition adaptée au secteur sanitaire, clarifiera les objectifs nationaux, les rôles des différentes institutions et déclinera un plan d'action détaillé.

4.1.2. Conduire la politique nationale :

Recommandation n° 3 : Mettre en place d'un dispositif national de pilotage pour tendre à la bientraitance :

- Identification de référents thématiques nationaux :

Des référents thématiques nationaux doivent être identifiés et missionnés pour piloter le programme. Il est nécessaire qu'un budget soit défini par le Ministère du travail de l'emploi et de la santé qui devra aussi arrêter les responsabilités des services techniques.

- Un comité de suivi national :

Un comité de suivi national « bientraitance en établissement de santé » doit être mis en place. Il représentera les acteurs pertinents dans le domaine institutionnel, par exemple : Ministère du travail de l'emploi et de la santé, Ministère des Solidarités et de la Cohésion sociale, la Haute Autorité de Santé (HAS), Fédérations Hospitalières et Conférences nationales, Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM), Fédération des Organismes Régionaux et territoriaux pour l'Amélioration des Pratiques et organisations de Santé (FORAP), organismes professionnels (sociétés savantes, Collèges professionnels...) mobilisés autour de cette question, Agences Régionales de Santé, Conférence Nationale de Santé et Académie de Médecine.

Il sera chargé de donner un avis sur le programme national et son évolution ainsi que d'en assurer le suivi.

- Une instance technique nationale d'expertise sera mise en place pour éclairer et suivre la définition et la mise en œuvre du plan d'action.

Le comité de suivi, regroupant essentiellement des acteurs institutionnels et le comité technique peuvent être mixés. Ils s'attacheront à créer des passerelles avec le secteur médico social où la réflexion sur la bientraitance et les démarches à mettre en œuvre pour y tendre sont déjà bien avancées.

4.1.3. Faire vivre la politique nationale en faveur de la promotion de la bientraitance :

Recommandation n° 4 : Promouvoir, structurer et animer un réseau national bientraitance :

- Participation des patients et leurs proches notamment par association à la réflexion de mise en place et au suivi des actions de promotion de la bientraitance.
- Poursuite et intensification du partage d'expériences en région et au niveau national, en particulier par :
 - « publicisation » des expériences réussies au travers de journées régionales, notamment celles organisées par les structures régionales d'évaluation (SRE) et des journées institutionnelles de la Haute Autorité de Santé ;
- création d'un site internet permettant le partage des expériences réussies.

Recommandation n° 5 : Organiser des journées nationales thématiques de type « états généraux » :

Avec :

- Partage et valorisation d'actions pilotes,
- Diffusion des valeurs de bientraitance,
- Retours d'expérience sur les actions des ARS et mise en place de passerelles entre les régions,
- Débat entre toutes les parties prenantes (représentants des usagers, patients, familles, professionnels) sur le cadre de référence national, les évolutions souhaitables, les déclinaisons opérationnelles et les actions de diffusion.

Recommandation n° 6 : Mobiliser les « leviers » pour « tendre à la bientraitance » et les acteurs de la promotion de la bientraitance au niveau national :

L'ensemble des acteurs nationaux doit se mobiliser afin de :

- diffuser une culture de la bientraitance dans les établissements de santé dont la promotion des droits et des choix éclairés des patients,

- décloisonner l'hôpital en améliorant notamment la communication et en favorisant les échanges entre l'ensemble des professionnels,
- élaborer des outils de mise en œuvre de la bientraitance permettant d'aller au delà de la simple "profession de foi». En garantir et en évaluer l'application.

Recommandation n° 7 : Définir un cadre pour l'action des agences régionales de santé :

Il serait souhaitable qu'une directive de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) du Ministère du travail de l'emploi et de la santé sur la bientraitance en établissements de santé formalise un cadre d'action et d'appui, spécifique aux Agences Régionales de Santé au cours de l'année 2011.

A terme, les dispositions de la loi « Hôpital, Patient, Santé, Territoire » (HPST) sur les missions des Agences Régionales de Santé (ARS) en matière de développement de la bientraitance dans les établissements de santé et les établissements médico-sociaux pourraient faire l'objet d'une déclinaison réglementaire renforçant le cadre défini et mettant en cohérence les mesures qui s'appliquent aux secteurs médico-sociaux et sanitaire.

La directive proposera, au delà des orientations générales, un référentiel destiné aux ARS, leur permettant d'organiser le suivi de la généralisation, l'effectivité et l'efficacité des démarches de bientraitance tout en assurant le lien avec le développement de la bientraitance dans les établissements médico-sociaux.

Recommandation n° 8 : Accompagner les initiatives professionnelles dans les établissements :

- **Poursuivre les travaux HAS-FORAP sur le développement d'outils** à destination des soignants : guide indiquant les jalons d'une démarche de bientraitance, proposant des outils d'auto-évaluation, des indicateurs et des outils de sensibilisation.

La phase de relecture et de validation des différents « produits » proposés devra inclure les acteurs nationaux pertinents, à charge pour eux de permettre la valorisation et la diffusion des outils proposés.

- **Construire des « passerelles » avec déploiement de la réflexion, actions de prévention des risques professionnels et promotion de la santé au travail et la qualité de vie au travail des soignants.**

Au delà de l'évidence du lien avec la bientraitance des patients, les groupes de travail de la mission, les travaux de la HAS et de la FORAP sur ces questions ont montré que le thème de la bientraitance servait de révélateur aux besoins des professionnels à voir se mettre en place des formes renouvelées de dialogue social et de réflexion sur l'organisation du travail.

La mission nationale « bientraitance » serait très favorable à ce que des actions de communication, des expérimentations, des débats en région soient organisés sous le double timbre « bientraitance des patients/qualité de vie au travail des professionnels ». Une concertation doit avoir lieu entre les référents thématiques « bientraitance » et les services concernés, notamment les services de la DGOS chargés de la mise en œuvre de l'accord du 20 novembre 2009 sur la santé et la sécurité au travail dans la fonction publique afin d'envisager les collaborations possibles. Une adaptation au secteur privé doit être réfléchie et mise en œuvre.

➤ **Développer la formation de tous les professionnels :**

L'intégration de la thématique « bientraitance » aux orientations nationales de formation 2010 et au plan de formation des établissements relevant de la fonction publique hospitalière a contribué au développement de produits de formation spécifiques sur les démarches de bientraitance et donné lieu, notamment, à une action de formation nationale (AFN 2010) bientraitance.

La bientraitance doit être inscrite dans **les programmes de formation initiale et de développement professionnel continu**, par l'introduction d'un ou de plusieurs modules de sensibilisation à la bientraitance et à la remise en cause des pratiques et postures professionnelles :

- formations médicales initiales et continues incluant les sages femmes ;
- formations paramédicales initiales et continues ;
- formation des cadres infirmiers, médico-techniques et de rééducation (cadres de santé) ;
- formation des acteurs administratifs et techniques, incluant les responsables administratifs et gestionnaires.

Ces formations doivent toucher tous les acteurs des établissements de santé et ne pas se cantonner au secteur médico-social ou aux établissements chargés de la prise en charge des personnes âgées ou de publics professionnels trop ciblés. C'est l'une des conditions pour que la bientraitance devienne l'affaire de toute la communauté soignante. Les programmes de **formation "bientraitance en établissements de santé"**, pour les professionnels concernés dans le dispositif de développement professionnel continu (DPC), pourront s'inspirer utilement de celui qui existe actuellement pour les personnes âgées, sous la forme proposée par MOBIQUAL : le partenariat entre un "régulateur" (la DGS, Direction Générale de la Santé) et un organisme professionnel représentatif (SFGG Société Française de Gériatrie et Gérontologie), le souci de rester au plus près de la pratique professionnelle "réelle" sont les clés de la réussite de ce produit. Cette expérience doit être reproduite dans le secteur sanitaire, tout en envisageant une déclinaison spécifique par spécialité et/ou par filière.

Les rôles et responsabilités de chacun dans la production doivent être définis : le groupe de travail FORAP-HAS pourrait être chargé d'élaborer une proposition de cahier des charges, la DGOS devant être associée à la validation et chargée de piloter la diffusion/généralisation en aval. Un partenariat avec des sociétés savantes ou des organismes professionnels est indispensable.

➤ **Evaluer et améliorer les pratiques professionnelles :**

Dans le cadre des missions qui lui sont attribuées au titre du développement professionnel continu la Haute Autorité de Santé doit mettre en place, en partenariat avec les Collèges professionnels, des méthodes d'analyse et d'amélioration des pratiques incluant les pratiques bientraitantes attendues et le point de vue des patients et des proches.

L'ensemble des recommandations de bonnes pratiques produites par les sociétés savantes et les Collèges professionnels doit intégrer les dimensions de respect des droits des patients, de prise en compte de son point de vue et de bientraitance des patients et de leurs proches.

La mission nationale bientraitance souhaite que la réflexion engagée par le rapport de la Mission Cadres Hospitaliers présenté par Chantal de Singly en septembre 2009 sur la définition de bonnes pratiques managériales soit revitalisée et débouche sur la définition de référentiels destinés à accompagner les cadres des établissements dans le déploiement des démarches de bientraitance.

Recommandation n° 9 : Adapter les dispositifs d'évaluation externe de la qualité :

➤ **La certification des établissements de santé :**

Lorsque les outils d'accompagnement auront été largement diffusés, le niveau d'exigence de la certification des établissements de santé dans ce domaine devra être relevé : s'il est acceptable dans cette période de prise de conscience, d'élaboration et d'appropriation par les acteurs des établissements de santé de proposer un cadre peu contraignant d'évaluation externe, la **version 2014 de la certification des établissements de santé** devra faire de la bientraitance une priorité du dispositif en rendant systématique l'appréciation du critère correspondant lors des visites de certification. Ces mesures devront s'accompagner d'un renforcement de l'information des établissements et de la formation des experts-visiteurs.

➤ **Les indicateurs généralisés :**

Dans le cadre du pilotage national sur la généralisation des indicateurs de qualité, **les travaux nationaux sur les indicateurs**, en lien avec COMPAQH HPST (Coordination pour la Mesure de la Performance et l'Amélioration de la Qualité Hospitalière - Hôpital, Patient, santé, Territoire) sur les outils d'évaluation de l'"*expérience patient*" afin de promouvoir des approches « centrées patient » doivent se poursuivre et prendre un caractère prioritaire.

Ces approches constituant un levier nécessaire de l'amélioration de la qualité des soins et de la bientraitance, les travaux concernés doivent être réalisés en lien avec le réseau national « bientraitance ». Ce dernier devra aussi être associé au suivi de la généralisation de l'indicateur de satisfaction des patients.

4.1.4. Améliorer les dispositifs de dépistage de la maltraitance ordinaire :

Recommandation n° 10 : Améliorer les dispositifs de dépistage de la maltraitance :

Les seules démarches de promotion des droits et de formation des professionnels ne peuvent venir entièrement à bout de la maltraitance dans les établissements de santé. C'est pourquoi tous les dispositifs relevant d'une démarche positive doivent s'accompagner d'une nécessaire vigilance entretenue et encouragée :

- par des **réflexions structurées au niveau national sur la différence entre signalement et délation**, afin de clarifier les enjeux et de mieux responsabiliser tous les acteurs sur cet aspect très délicat de la question de la bientraitance (ce que le seul rappel de la loi ne suffirait pas à faire) ; les soignants sont, par ignorance ou par crainte des suites, réticents à l'idée de déclarer des faits maltraitants ;
- par la promotion de toutes les initiatives permettant de **porter régulièrement sur les pratiques des regards tiers**, par exemple sous la forme d'entretiens qualitatifs confidentiels conduits par des professionnels formés à cet effet.

L'objectif de telles démarches serait d'éviter de confier aux seuls acteurs internes, nécessairement liés par certaines obligations et solidarités les uns envers les autres, l'entière responsabilité de la clairvoyance sur les pratiques. De telles démarches pourraient être confiées par exemple à des psychologues ou des assistants sociaux qui recueilleraient des témoignages dans des structures autres que les leurs, missionnés dans le cadre de conventions inter-établissements élaborées spécifiquement à cet effet ;

- rédaction de **procédures « type » de signalement judiciaire, d'information sociale ou de déclaration interne** mis à disposition des structures régionales, des établissements et des pôles d'activité ;
- mise à disposition des établissements d'une **boîte à outils pour dépister la maltraitance** : indicateurs RH (turn over non expliqué, vacance inhabituelle de postes, difficultés non expliquées de recrutement) ; questionnaires orientés de satisfaction patient.

Recommandation n° 11 : Prendre en compte les agressions et incivilités à l'égard des professionnels de santé :

La mission nationale bientraitance souhaite que soit abordée la question des agressions et des incivilités à l'égard des professionnels de santé : cette problématique est revenue de manière lancinante au cours des travaux de la mission comme **risque important de dérive maltraitante du système soignant**.

Il faut poser les termes du problème avec clarté, de manière nuancée, en se gardant des écueils de l'angélisme ou de la diabolisation réciproque qui ne peuvent mener qu'à la montée des incompréhensions.

Pour cela, la mission propose l'organisation d'un séminaire fermé pour aboutir à la formulation d'une position commune, assumée par les acteurs, sur l'origine et la nature des phénomènes concernés ainsi que les réponses pertinentes : c'est un cadre de référence qui doit être recherché. Pourraient participer à ce séminaire le Médiateur de la République (ou le Défenseur des Droits), les responsables de l'observatoire des violences hospitalières, les services concernés du Ministère du travail de l'emploi et de la santé, les Fédérations hospitalières et les Conférences nationales, les référents nationaux sur la bientraitance, des associations de patients et de proches, des experts et des personnalités qualifiées.

4.1.5. Créer une dynamique de recherche et internationaliser la problématique :

Recommandation n° 12 : Créer une dynamique de recherche et internationaliser la problématique :

La problématique de la bientraitance étant universelle, favoriser la réflexion et le partage d'expériences aux niveaux européen et international permettra de faire de la bientraitance le pivot du soin.

Une attention particulière devra être donnée aux expérimentations et outils dérivés de l'approche « centrée patient » (patient-centered care) développés outre-Atlantique et dans plusieurs pays européens. Sur la base d'une revue des expériences européennes dans ce domaine, de contacts avec les acteurs pertinents dans les différents pays concernés, un ou des voyages d'étude pourront être organisés. Ils n'auront pas une vocation « intellectuelle » mais devront donner lieu à des recommandations précises et opérationnelles. Ces actions doivent être conçues et réalisées par les services chargés de missions de développement de la HAS et les services de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du Ministère du travail de l'emploi et de la santé. Les initiatives développées au niveau européen doivent être identifiées et des liens créés avec elles. Cette action serait un premier pas vers la structuration de programmes de recherche spécifiquement dédiés au thème de la bientraitance en lien avec les acteurs de la recherche en qualité hospitalière, de la recherche infirmière et le Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche.

4.2. A l'échelon régional :

Recommandations n° 13 : Décliner en région la politique nationale de bientraitance :

- **Modalités de mise en œuvre :**

- Les ARS pourraient être chargées de faire connaître tous les outils et dispositifs mis en place au niveau national pour promouvoir la bientraitance dans les établissements de santé.

- Les ARS pourraient nommer un référent régional, chargé d'un programme de promotion de la bientraitance.
- Les ARS pourront s'appuyer sur les critères de certification existants (HAS) et les intégrer dans leurs tableaux de bords de suivi des établissements de santé. Ainsi, tous les indicateurs utiles à l'évaluation de la politique de bientraitance et de lutte contre la douleur seront suivis annuellement et non plus ponctuellement (lors de la préparation des visites de certification), comme cela est parfois observé.
- Les ARS pourront collecter les résultats des enquêtes de satisfaction des établissements et ainsi établir des études comparatives et piloter ainsi la politique régionale de promotion de la bientraitance.

Recommandation n°14 : Promouvoir la bientraitance en région :

- **Modalités de mise en œuvre :**

- Toute action en faveur de la bientraitance dans les établissements de santé doit être soutenue et promue par les ARS (journées portes ouvertes, expositions, débats, colloques...).
- Développement d'un plan de communication « grand public » (presse quotidienne régionale, et autres médias régionaux) sur le thème de la bientraitance.
- Organisation de journées régionales, relayant les journées nationales.

4.3. A l'échelon des établissements de santé :

4.3.1. Affirmer la politique de promotion de la bientraitance comme un objectif stratégique :

Recommandation n° 15 : La culture de la bientraitance doit être fortement intégrée en tant qu'axe de progrès et d'amélioration dans le projet d'établissement :

- **Modalités de mise en œuvre :**

- La politique de promotion de la bientraitance doit faire l'objet d'un véritable engagement clairement acté dans les instances notamment le directoire, le conseil de surveillance, la CME mais aussi CSIRMT, CRUQPC, CTE, CLIN, CLUD, CLAN, etc.
- Il est important qu'elle soit portée de manière collégiale et validée par ces différentes instances comme une volonté politique affichée et relayée par une stratégie de communication.
- La culture de la bientraitance se doit d'être diffusée pour que le projet d'établissement se décline en projets transversaux - médical, de soins, social, managérial – et dans les projets de pôles qui en tiennent compte, se l'approprient et la traduisent en autant de projets spécifiques à leurs activités.

Le premier effort portera sur la démarche de prise de conscience et de vigilance à développer au quotidien pour que la bientraitance soit comprise comme une réflexion permanente qui guide les pratiques et qui de fait n'est jamais totalement acquise.

- **Les engagements concrets :**

- **Le projet d'établissement, le projet de soins, les projets de pôles auront à cœur de veiller à ce que la bientraitance soit envisagée :**

- dès l'accueil du patient et de ses proches, lorsque celui-ci est accompagné ;
- dans la reconnaissance de la place faite aux usagers et leurs représentants, ainsi que l'information et la promotion du respect de leurs droits en veillant à :
 - * 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 ;
 - * favoriser les comités de patients, maison des usagers où la parole est libre, non structurée avec un rôle différent de celui des CRUQPEC institutionnels ;
 - * tracer l'avis des patients et de leurs proches sous la forme de groupes de travail, audits ciblés, enquêtes ;
- dans la mise en place, autant que possible, des conditions de la qualité technique qui consistent en :
 - * assurer une architecture propice (éclairage, température, bruit, accès, sols, locaux de confidentialité ...) ;
 - * assurer un équipement propice (fonctionnalité, ergonomie) : la préoccupation d'une prise en charge de qualité doit être constante lors des choix de matériels ;
 - * assurer une accessibilité physique adaptée ;
 - * assurer une signalétique adaptée ;
 - * assurer une accessibilité téléphonique adaptée, tant en interne qu'en externe ;
 - * développer de nouvelles solutions de communication : solution internet ou SMS pour la prise de rendez-vous et l'accès aux résultats ;
- au titre des équipements mieux adaptés aux différents publics accueillis en pensant des espaces de confidentialité mais aussi de convivialité à même de favoriser les rencontres ;
- par la constitution de groupes de travail pluri professionnels et interdisciplinaires chargés eux-mêmes de piloter des groupes de réflexion sur les valeurs et leur mise en œuvre au sein des pratiques en intra-établissement et la valorisation affichée du travail de ces différents groupes comme la reconnaissance dans la contribution à décliner concrètement la bientraitance ;
- avec le souci de la qualité de vie au travail ;
- en incitant à la création d'initiatives et/ou de projets en faveur de la bientraitance, ainsi que leur soutien.

Citons à cet effet l'écriture de chartes spécifiques à titre d'exemples telles celle de l'accueil du tout petit (document annexé), celle des 10 règles de l'hospitalisation (CHU de Limoges document annexé).

4.3.2. La valorisation et le soutien des cadres :

Recommandation n° 16 : Pour être effective, la promotion de la bientraitance s'appuie sur la mobilisation et le soutien à apporter à tout responsable d'équipe dont on attend l'exemplarité pour une meilleure cohérence d'action. Ce qui suppose de redonner un véritable pouvoir à la hiérarchie et à l'encadrement des équipes en établissement.

- **Modalités de mise en œuvre :**

Tout management est concerné par la bientraitance et 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 plus respectueux des fonctions des autres.
- Pour se faire l'implication, durable des médecins et en particulier des chefs de service, celle des cadres de santé est plus que nécessaire.

4.3.3. L'importance du plan de formation :

Recommandation n° 17 : Reconnaître l'importance d'un plan de formation visant le développement des compétences professionnelles adapté à la mise en œuvre de la bientraitance et la place de la formation des personnels comme un axe stratégique du projet d'établissement dans l'ensemble de ses déclinaisons.

- **Modalités de mise en œuvre :**

- dès le recrutement qui se doit d'être plus exigeant compte tenu de la spécificité du contexte, en intégrant par exemple un item reflet de la "capacité à la bientraitance" ;
- par la mise en place de mesures favorisant l'accompagnement et l'intégration de tout nouveau professionnel ;
- lors de l'évaluation à minima annuelle des compétences professionnelles des personnels ;
- 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, à la remise en cause des pratiques et postures professionnelles :

- formations médicales initiales et continues ;
- formations paramédicales initiales et continues ;
- formations des cadres de santé (cadres médico-techniques, infirmiers et de rééducation)
- formations des acteurs administratifs et techniques, incluant les responsables administratifs et gestionnaires.

4.3.4. L'audit du parcours patient :

Recommandation n° 18 : L'importance d'auditer le parcours du patient et de son entourage pour identifier les moments critiques autour desquels doit être menée la réflexion en faveur de la bientraitance et la coordination (2 schémas mis en annexe illustrent ce parcours clinique dans l'établissement et identifient les risques).

● **Modalités de mise en œuvre :**

- Il semble important au sein de ce parcours de poser la notion de partenariat de soins et établir une relation de confiance avec la personne soignée, qu'elle soit ou non entourée (évoquer notamment la personne de confiance prévue par la loi, avoir le souci d'adapter l'information tout au long de la prise en charge, organiser la traçabilité des informations).
- A chaque étape, un certain nombre d'items d'évaluation peut être défini de façon collégiale pour apprécier l'évolution des pratiques et leur adéquation.
- L'attention portée au système d'information de l'ensemble des bénéficiaires aux outils de communication et d'évaluation du service rendu, pour rendre la structure aussi "transparente" que possible :
 - en mettant à disposition la représentation d'un organigramme hiérarchique et fonctionnel, clair et connu des professionnels, ainsi qu'accessible pour tout usager ;
 - en identifiant et en nommant les obstacles ;
 - en répondant à des questions précises telles :
 - * qui est qui ? Qui fait quoi ? Qui est responsable de telle ou telle chose ? A qui adresser une requête, une plainte, etc. ?
 - * comment faire lorsqu'un usager a le sentiment que sa demande n'est pas "entendue" ? Quelles ressources, quels recours ?
 - en garantissant des réponses notamment quand l'interlocuteur "responsable" est absent :
 - * qui prend le relais ? Cette éventualité a-t-elle été anticipée ? Si non pourquoi ? Comment y remédier ?
 - * quels sont les délais d'attente ? Comment présenter et expliquer ces délais ?

- Ayant le souci de répondre au mieux et au plus vite pour pallier au sentiment parfois exprimé par les usagers de leur propre temps qui semble ne pas compter aux yeux des professionnels.
 - en effet, les temps d'attente sont fréquemment cités comme un problème alors même que la prise en charge de rendez-vous est convenue de longue date ;
 - en veillant à la coordination des différentes informations médicales, sociales, administratives ou autres qui concourent à la qualité de la prise en charge et tout particulièrement lors de moments sensibles ;
 - citons à cet effet le temps d'attente entre un examen, son résultat et l'annonce délicate qui parfois en découle. Ce temps est souvent vécu par les patients comme très anxiogène ; la perspective de l'annonce d'un pronostic grave rend d'autant plus sensible à tout ce qui peut être perçu comme un manque de bientraitance ;
 - en affichant des indicateurs "bientraitance".

4.3.5. La communication autour des valeurs de bientraitance :

Recommandation n° 19 : Mettre en œuvre un travail en équipe pluri professionnelle autour des valeurs-socle de la bientraitance et leur affichage en tous lieux, relayé par un plan de communication adapté :

- **Modalités de mise en œuvre :**

- aux bénéficiaires :
 - en veillant notamment à ne pas majorer la vulnérabilité déjà existante et/ou le handicap que peut représenter la langue, la culture, la réalité d'un handicap physique ou psychique, etc... ;
 - en réfléchissant aux conditions les plus appropriées dès l'accueil, la nécessaire information, la compréhension du parcours de soin, des règles de vie collective, les orientations et devenir possibles, afin de favoriser au mieux l'autonomie de la personne que la maladie ne doit aucunement destituer de sa qualité de citoyen et sa liberté de choix, si ce n'est que ce choix se doit d'être "éclairé" ;
 - en valorisant leur expression tant dans les aspects positifs que négatifs et en reconnaissant l'impact de cette parole dans la participation active à la recherche d'amélioration ;
- aux professionnels quels que soient leurs métiers actant bien là du fait que **la bientraitance est l'affaire de tous** ;
- le travail sur les valeurs doit faire l'objet d'une réflexion commune entre tous les acteurs à l'échelle du lieu où ils exercent, encouragée et soutenue par le management de proximité et leurs cadres ;

- mobiliser les énergies et les fédérer autour d'un tel projet s'appuiera sur les plus-values qu'occasionne la mise en œuvre de la bientraitance, tant pour les usagers que pour les professionnels, **ces plus-values étant le levier de tout changement.**

Recommandation n° 20 : S'appuyer sur des personnes ressources suffisamment formées :

● **Modalités de mise en œuvre :**

C'est à dessein qu'est évoquée ici la notion de possibilité et non d'obligation.

En effet il ne s'agit pas de rajouter des "référents" à ceux qui existent déjà (CLIN, CLUD, CLAN, etc.) et dont les résultats malgré les efforts importants ne sont pas toujours à la hauteur des espérances.

- Un groupe ressource semble plus approprié à la condition qu'un minimum de ses participants ait une autorité reconnue au niveau des instances exécutives de l'établissement, ou qu'il soit mandaté par ces instances.
- Ce groupe aurait en charge avec l'appui méthodologique de la cellule qualité la mise en œuvre du plan de communication, la coordination des différents groupes de réflexion et échanges sur les pratiques en différents lieux, la mise en commun et la diffusion de l'ensemble des travaux – ceux menés en intra-établissement comme ceux considérés comme "pilotes" en d'autres lieux attestant là de la faisabilité des projets porteurs d'amélioration .

4.3.6. La maîtrise du risque de maltraitance :

Recommandation n° 21 : La mise en place d'un système de veille critique procédant de la vigilance assorti d'un programme évaluable et évalué de maîtrise des risques, de prévention et de lutte active contre la maltraitance en établissement de santé :

Il serait bon que les établissements adoptent un plan permanent de maîtrise des risques avec un référentiel dont les résultats donneraient lieu à publication, notamment lors d'un rapport annuel ouvrant sur un suivi et l'évaluation même – en différé – de ce suivi.

● **Modalités de mise en œuvre :**

- Pour être effective, cela suppose la désignation nette de chefs de file clairement identifiés.
- Parmi les items d'un tel référentiel, et à titre uniquement d'exemples, pourraient figurer :
 - le temps passé au lit du patient, contribuant ainsi à revaloriser la clinique ;

- la coordination entre les différents professionnels dont les temps dédiés aux transmissions ;
- l'accueil et la présence des proches (la possibilité d'un cahier de liaison malade-famille-proches-soignants laissé au lit de la personne, etc.)
- des données relatives à la toilette, aux soins d'hygiène et de confort, à l'aide à la mobilité, au repas, .chacun vu sous le prisme de la bientraitance ;
- des données relatives à l'organisation même comme par exemple que les pauses ne soient pas groupées (vécues comme "*il n'y a plus personne dans le service*"), qu'elles soient peut être moins "visibles" pour l'usager (pour éviter des réflexions telles "*ils sont tous au café*"... "*plus rien ne les intéresse à cette heure là...*"),
- etc...

Recommandation n° 22 : Mettre en place et valoriser des actions de formation adaptées au terrain et/ou des parcours de professionnalisation destinés à l'ensemble des acteurs institutionnels :

● **Modalités de mise en œuvre :**

- Faire en sorte que tous les professionnels de l'établissement (médicaux, paramédicaux, logistiques, techniques et administratifs) soient impliqués et investis dans cette politique de bientraitance.
- La présentation de telles actions et de leurs objectifs gagnera à être resituée comme la déclinaison du projet d'établissement et du projet de soins, mettant l'accent sur le fait que la bientraitance étant l'affaire de tous, la formation est destinée à tous et qu'elle a vocation à être menée ensemble.
Pour que ce positionnement soit respecté il conviendra de veiller à ce que – par site – la majorité d'une équipe y participe pour éviter de diluer les effets escomptés de telles actions comme de toutes autres et évaluer dans le temps le réinvestissement

Toutefois 2 types d'actions de formation sont à distinguer :

- des actions de sensibilisation aux valeurs humanistes que porte la bientraitance et à leurs modalités d'application avec pour objectif essentiel de favoriser une meilleure prise de conscience de la multiplicité des risques au cours du parcours patient ainsi que de l'impact des comportements et/ou postures sur le patient et ses proches, donnant sens à la mission du "soignant".

De telles actions, en soi de courte durée c'est à dire 2 à 3 jours, ne sont pas à négliger outre le fait qu'elles favorisent une meilleure communication et reconnaissance entre les différents professionnels qui parfois – force est de constater – s'y découvrent dans la réalité des métiers respectifs !

- des actions de formation-action ciblées incluant dans leur méthodologie des études de cas, des mises en situation, des réflexions et analyse des pratiques dont l'objectif est d'améliorer à terme ces pratiques en lien avec la bientraitance et dans toutes les séquences de la vie quotidienne, quel que soit le lieu où se trouve le patient, avec ou sans ses proches.

De telles actions – d'une durée plus longue c'est à dire 5 à 6 jours – se doivent d'être suivies par un groupe ressource si celui-ci est constitué et/ou par un comité de pilotage qui aura la charge de faire connaître et communiquer, coordonner les différents groupes et leurs bilans, évaluer et suivre les évolutions conjointement à une réflexion éthique constante.

Ces formations intégrées dans un dispositif d'intervention plus large (voir CHU de Bordeaux) auront à cœur de **porter les valeurs humanistes caractérisant le prendre soin** en se centrant sur la réalité du patient, dans cet espace de "l'ici et maintenant". L'approche basique de la communication soulignera la posture d'écoute active dans la relation soignant-soigné par essence dissymétrique et l'importance de la prise de conscience de la vulnérabilité du patient qui – de fait – oblige le professionnel dans ses dires (et la façon de dire ou ne pas dire) comme dans ses actes.

- Tout type de dispositif et/ou options innovantes – comme des journées ponctuelles "bientraitance" où les usagers sont appelés à témoigner – restent à créer mais elles n'auront de sens et d'efficacité que portées par une authentique volonté de l'établissement perceptible tant pour les usagers que les professionnels.

Recommandation n°23 : La formalisation de grilles et/ou référentiels d'évaluation de la promotion de la bientraitance, adaptés à la structure :

Citons à titre d'exemple le travail mené par le RéQua portant sur l'évaluation des pratiques professionnelles en lien avec la bientraitance dans des établissements de santé en Franche-Comté.

Ce travail s'est appuyé sur deux types de questionnaires, l'un destiné aux établissements, l'autre visant une auto-évaluation des pratiques ; conjointement une "charte bientraitance" a été élaborée et accompagnée dans les établissements (voir documents en annexe).

Recommandation n° 24 : Favoriser une politique managériale cohérente avec les valeurs de la bientraitance :

• Modalités de mise en œuvre :

Partant du principe que l'on est d'autant plus bientraitant que l'on est bientraité, la formation managériale des cadres – et de tous les cadres médicaux et non-médicaux – est un des leviers de la promotion de la bientraitance, conjointement aux actions de formation à la bientraitance évoquées ci-dessus ainsi qu'à toute action visant l'amélioration des conditions de vie au travail.

➤ Parmi les objectifs ciblés dans de telles formations :

- la capacité à animer et à mobiliser une équipe, la fédérer autour d'un projet ;
- la conduite et la gestion de projet en lien au projet de service ;
- le développement des compétences et leur valorisation au plus près des besoins spécifiques identifiés ;
- l'obtention d'un consensus sur les règles propres au bon fonctionnement collectif, adaptées à la spécificité d'un lieu (service, unité, etc.) et la nécessaire souplesse que l'on s'accorde pour ne pas rigidifier le cadre pour pouvoir rester bientraitant ;
- la mise en place de temps dédiés à l'expression des personnels et de façon distincte de temps de réflexion sur les pratiques (réfléchir sur ce que nous faisons, comment nous le faisons et quel sens ?, savoir se fixer des objectifs, contextualiser nos réponses, s'appuyer sur le projet de soins) ;
- la régulation des conflits dans la dynamique d'équipe, la capacité à poser des limites et les faire respecter notamment en appliquant des sanctions posant la bientraitance comme une exigence ;
- la garantie de protection du personnel et le rôle du cadre comme garant, si l'on peut dire des règles minimales de politesse et courtoisie qui sont supposées présider à toute relation et échange ;
- le dépistage du personnel en souffrance et le souci de la prévention de l'usure professionnelle.

Recommandation n° 25 : L'organisation des retours des différentes actions entreprises et la volonté de faire du lien entre tous, que ce soit par :

• Modalités de mise en œuvre :

- le suivi de la politique de communication tant à l'intention des patients que des professionnels ;

- l'implication de la CRUQPC et l'association des représentants des usagers à tout temps d'expression prévu, organisé et annoncé de façon officielle dans l'établissement ;
- le partage – organisé – des travaux de réflexion réalisés en pluri professionnalité et interdisciplinarité sur les différents sites et la possibilité d'organiser au sein des pôles des ½ journées et ou journées sur la thématique bientraitance en lien avec la spécificité du pôle, puis des rencontres inter-pôles ;
- la présentation en intra et par les participants eux-mêmes des formations réalisées et des retombées terrain, émaillées de témoignages d'usagers, et pourquoi pas reprise par une publication dans un journal interne lorsque celui-ci existe ;
- les visites et échanges avec d'autres établissements, voire même l'organisation conjointe de journées sur ce thème avec la possibilité d'y convier différents types d'experts et/ou équipes ayant mené un projet pilote.
- On pourra aisément s'appuyer sur le bilan des travaux mené par la FORAP en lien avec l'HAS (voir document de travail en date de Septembre 2010, intitulé : "*Développement de la bientraitance*") qui liste sous forme de fiches les actions-phares et atteste de toute la créativité dont les professionnels font preuve (citons à cet effet une initiative originale et ludique du Centre Hospitalier de Calais dans la réalisation d'un film sur la bientraitance ainsi que la sollicitation d'une troupe de théâtre qui l'illustre de façon humoristique).

5. CONCLUSION

Tous les professionnels du soin que nous avons rencontrés ont montré leur intérêt, leur motivation, leur volonté d'engagement dans une démarche pour tendre à la bientraitance, quête d'amélioration de la prise en charge des personnes soignées en établissement de santé.

S'ils ont beaucoup investi le travail sur la bientraitance, ils ont fortement espoir que les résultats de la mission qui nous a été confiée soit à la hauteur de leurs attentes, soucieux de disposer d'outils concrets permettant d'obtenir des résultats observables sur le terrain.

Au regard de l'ensemble des travaux, certaines recommandations peuvent être posées :

5.1. Une volonté politique durable sur le plan national marquant l'engagement en faveur de la bientraitance avec :

- L'affirmation de cette volonté.
- La mise en place de mesures favorisantes sous la forme :
 - d'un programme national de développement de la bientraitance adapté au milieu sanitaire doublé d'un plan d'action ;

- d'un dispositif national de pilotage s'appuyant sur des référents thématiques nationaux identifiés, appuyés par un comité technique et une structure de suivi ;
 - d'"états généraux de la bientraitance" organisés sous la forme de journées nationales mettant à profit les travaux et recherches d'experts et permettant les partages d'expérience.
- La promotion de la culture de la bientraitance notamment une communication adaptée, la création de chartes et de référentiels d'évaluation spécifiques, l'évolution de la définition des bonnes pratiques professionnelles.
 - L'accompagnement, la valorisation et la communication sur les initiatives professionnelles déjà réalisées dans les établissements.
 - Le développement ou l'adaptation de la formation visant l'amélioration des compétences relationnelles et humaines des différents professionnels du soin.

5.2. Le soutien des Structures Régionales de Santé (dont les ARS) intégrant la promotion de la bientraitance dans :

- Les axes des conférences régionales de santé.
- Les plans de santé régionaux.
- L'organisation et l'animation de débats régionaux qui permettent :
 - les retours d'expériences et la valorisation d'actions pilotes ;
 - la mise en réseau des ressources et compétences ;
 - la diffusion des valeurs qui permettent la bientraitance ;

Le débat entre les usagers et leurs représentants, leurs proches, les professionnels de santé, les directions d'établissement, les associations de bénévoles d'accompagnement, les associations d'éducation à la santé, les structures administratives.

- Le soutien et l'accompagnement des initiatives professionnelles dans les établissements et les passerelles à développer.
- L'information et la diffusion des dispositifs d'évaluation et des indicateurs retenus pour dynamiser la démarche par exemple grâce au levier des contrats annuels d'objectifs et de moyens.

5.3. La volonté affichée au sein des établissements de promouvoir la bientraitance :

La volonté affichée au sein des établissements de promouvoir la bientraitance notamment en élaborant la cartographie des risques en auditant le parcours de prise en charge de la personne soignée et de ses proches, en y associant les bénéficiaires autour des moments considérés comme "sensibles" et /ou étapes critiques, qui ont fait l'objet du travail en sous-groupes de la mission, à savoir :

➤ L'accueil :

- l'organisation de l'accueil, la dynamique du service, l'information, l'orientation ;
- la coordination de l'information ;
- les attitudes les plus appropriées vis à vis du patient et de ses proches et le respect du cadre dans lequel le patient est pris en charge ;
- la mise en place de procédures de gestion de l'agressivité des patients comme des soignants ;
- le souci d'avoir – à tout moment – une stratégie de communication adaptée qui réhabilite les règles de politesse, de courtoisie, de respect.

➤ L'assistance dans les besoins fondamentaux que sont la toilette, les soins d'hygiène, la prestation repas, l'aide à la mobilité, l'autonomie :

- l'élaboration collective d'un projet d'équipe centré sur le patient considéré comme sujet et non objet des soins qui lui sont prodigués ;
- le souci du patient et des proches, l'écoute, la prise en considération et la valorisation de leur parole ;
- le respect des droits de la personne soignée et de son autonomie ;
- la collaboration pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire avec d'autres services pour garantir du mieux possible la continuité et la sécurité de la prise en charge en prenant soin de toujours placer le patient au cœur de ce dispositif et des décisions qui y sont prises ;
- l'évaluation régulière des pratiques ;
- la réflexion sur la « juste prestation ».

➤ Les consultations, examens, traitements et soins invasifs :

- informer sur la nature de l'examen et/ou du traitement, les conditions de réalisation et la durée des actes, les objectifs et résultats attendus, les précautions et/ou recommandations particulières, les possibles effets secondaires et la gêne qui peut en résulter pour la personne soignée ou ses proches ;
- adapter l'information et s'assurer de la compréhension par un dialogue soucieux de la parole d'autrui ;
- respecter les horaires convenus ; informer s'il y a lieu sur le délai d'attente et le justifier : le « temps » de la personne soignée compte et doit être reconnu : problèmes liés à l'activité professionnelle ou sociale, garde des enfants, ...;
- ne jamais minimiser la souffrance (morale ou physique) ressentie par la personne soignée et prévoir une prise en charge adaptée ;

- avoir à cœur de comprendre la situation singulière de chaque personne dans le contexte de vie qui lui est propre et décider avec elle de la meilleure stratégie diagnostique ou thérapeutique ;
- diminuer au mieux les temps d'attente : entre la prescription et l'investigation ou le traitement, entre l'examen le résultat ;
- grâce au décloisonnement, veiller à mettre en place un véritable parcours hospitalier de la personne soignée et de ses proches ;
- l'annonce du diagnostic marque la véritable entrée dans la maladie ; c'est un moment crucial, non seulement lors de la prise en charge des cancers, qu'il faut particulièrement préparer. Les intervenants doivent être formés et accompagnés ;
- se poser, lors de l'accueil d'une personne, la question : « Et si c'était moi ? ».

➤ La prévention, l'évaluation, le traitement de la douleur et sa constante évaluation :

- à tout moment 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24, en tout lieu, en veillant à la continuité de la qualité des soins ;
- avec pour postulat que la douleur ressentie par la personne soignée est une réalité dont il faut tenir compte ;
- la coordination entre l'équipe médicale et paramédicale est indispensable à une réponse efficace ;
- le recours à une expertise externe notamment lorsqu'existent des consultations "douleur" et /ou une équipe mobile de soins palliatifs - si nécessaire -, est à favoriser ;
- informer et former tous les personnels en contact direct ou indirect avec les patients pour développer la vigilance et l'attention de tous ;
- inscrire la prise en charge de la douleur et plus largement de la souffrance dans les programmes de formation initiale des professionnels de santé.

➤ La fin de vie et l'accompagnement du patient et de ses proches qui met en exerque :

- le vécu de la bientraitance dans cette situation extrême ;
- l'importance de la formation des équipes à l'accompagnement et la prise en charge de la souffrance et du deuil ;
- la reconnaissance de la place des bénévoles, en tant que représentant de l'aide qu'apporte la société civile au cheminement de fin de vie, dans le respect des places mutuelles ;
- l'obligation de coordination entre les différents professionnels en intra-établissement, lors d'un transfert vers une autre structure ou dans l'aménagement optimal du retour à domicile, en lien autant que possible avec des réseaux de soins palliatifs ;

- l'importance de préserver avant tout la qualité de vie jusqu'au bout de la vie pour le patient et ses proches tout en veillant au soutien des professionnels confrontés à la fin de vie, à leur implication, à leur protection et leur accompagnement (importance d'une supervision externe) ;
- le recours à une expertise externe, en particulier lorsqu'on peut disposer de l'expertise d'une Équipe Mobile d'Accompagnement et de Soins Palliatifs, se doit d'être encouragé.

5.4. De façon transversale, les clés de la réussite de la promotion de la bientraitance consistent en :

- La prise de conscience des équipes soignantes.
- Le repérage des personnes et groupes ressources chargés de la mise en œuvre de cet axe stratégique du projet d'établissement et de sa déclinaison en différents projets, à tous les niveaux du système, notamment au sein des ARS.
- La sollicitation et la participation active dans une telle démarche des représentants des personnes soignées et des bénévoles intervenants dans les services. Ces derniers sont détenteurs d'un savoir précieux sur les pratiques et les situations difficiles. Ils peuvent être des partenaires pour l'analyse et le repérage des pratiques bientraitantes ou maltraitantes. Cela implique la construction d'un dialogue et d'une confiance réciproque ;
- Un plan de développement de la bientraitance et de renforcement de la lutte contre la maltraitance, pouvant se décliner en mesures visant à :
 - Développer une culture de la bientraitance :
 - sensibiliser et former les professionnels à la bientraitance ;
 - adapter les effectifs dans les établissements et valoriser les métiers ;
 - améliorer le cadre de vie des personnes soignées et de leurs proches.
 - Renforcer la lutte contre la maltraitance :
 - faciliter les signalements de maltraitance ;
 - désigner dans chaque ARS un "correspondant maltraitance" ;
 - augmenter le nombre des inspections dans les établissements ;
 - veiller à l'application des sanctions et assurer un meilleur suivi des contrôles ;
 - élargir l'action du Comité national de vigilance contre la maltraitance.
 - Afficher des indicateurs de satisfaction des patients.
 - Renforcer la vigilance par rapport aux différents risques.

- Une politique managériale cohérente avec les valeurs de la bientraitance est une dimension stratégique de la réussite d'un tel projet. Cela passe par une amélioration des conditions de travail, un soutien quotidien des professionnels, une présence soutenue dans les services de l'encadrement de proximité.
- Un plan de communication adapté.
- L'accent mis sur la formation tant initiale que continue et son rôle majeur dans le maintien, l'amélioration et le développement des compétences professionnelles.
- Le souci attesté de l'humain pour passer d'une gestion des ressources humaines à une gestion humaine des ressources.

En tout dernier lieu :

Il est important de souligner l'enthousiasme et le fort espoir qui ont porté nos travaux. Sans prétendre refléter ce que penserait l'ensemble de la communauté soignante, les relectures de nos écrits proposés aux participants des différents groupes de travail et aux membres du Comité de Pilotage ont montré que ceux-ci leur apparaissent comme fidèles à leur pensée, qu'ils s'y retrouvent et y adhèrent.

Tous veulent que l'hôpital qui se veut un "lieu d'excellence" se donne activement les moyens de le devenir, dans une claire conscience de la vulnérabilité des publics qui y sont accueillis.

C'est cet engagement authentique qui attestera du souci de l'humain dans nos établissements de santé et de la volonté de s'assurer que toute personne y soit reconnue et considérée quelles que soient ses différences.

Ce rapport, reflet des propos entendus, n'a pas la prétention d'être parfait et reste perfectible ; il est même souhaitable de le voir évoluer grâce à de nouvelles réflexions encouragées dans l'avenir.

C'est dans la façon dont il sera officiellement soutenu, accueilli, diffusé, repris et décliné grâce à l'aide de l'ensemble des professionnels, qu'il remplira alors sa vocation de rendre nos établissements les plus bientraitants possible, pour améliorer la qualité du service rendu à l'utilisateur et une meilleure qualité de vie pour l'ensemble des professionnels.

Pour cela un plan d'action national devra être finalisé, intégrant les préconisations du plan d'action

6. PLAN D'ACTION :

6.1. Pérenniser au niveau national et régional l'engagement en faveur de la bientraitance :

6.1.1. Mesures nationales :

Échéance premier semestre 2011 :

- mise en place d'un dispositif national de pilotage appuyé sur :
 - * des référents thématiques nationaux identifiés,
 - * un comité technique
 - * une structure de suivi
 - * un réseau de « ressources » ;
- soutien de la place des usagers et de leurs représentants pour favoriser et développer la confiance.

6.1.2. Mesures locales :

Échéance septembre 2011 :

- définition d'un cadre d'action régional par le biais d'une directive aux Agences Régionales de Santé.

Echéance 2012 :

- intégration de la bientraitance en établissements de santé aux axes de réflexion des Conférences Régionales de Santé.

Echéance 2012 – 2014 :

- intégration des indicateurs et dispositifs d'évaluation de la bientraitance au pilotage régional de l'offre de soin

6.2. Promouvoir auprès de tous les publics la culture de la bientraitance :

Échéance mars à septembre 2011 :

- mise en place d'une communication adaptée, externe et interne : l'hôpital doit devenir plus transparent pour générer la confiance ;
- organisation d'"états généraux de la bientraitance" sous la forme de journées nationales.

Échéance troisième trimestre 2011 :

- organisation de journées régionales de partage d'expérience ;
- organisation de journées intra établissement visant la promotion de la bientraitance ;
- mise en place d'outils internet permettant l'échange et le partage d'expériences entre les différents acteurs et structures.

6.3. Accompagner et évaluer les démarches de promotion de la bientraitance dans les établissements de santé :

Echéance septembre 2011 :

- poursuite de l'élaboration et de la validation des outils d'évaluation et d'accompagnement des démarches de bientraitance en établissements de santé HAS-FORAP

Echéance 2012 – 2013 :

- diffusion et promotion des outils en établissements de santé.

Echéance 2014 :

- renforcement des exigences de la certification des établissements de santé sur la promotion de la bientraitance.

6.4. Développer et promouvoir un management d'établissement axé sur la bientraitance des patients et la qualité de vie au travail des professionnels :

Mesures à mettre en place dans les établissements de santé / dans les pôles :

Identification et formalisation des valeurs professionnelles et institutionnelles ;

Identification, valorisation et promotion d'actions concrètes en faveur de la bientraitance avec notamment :

- développement de parcours de professionnalisation de l'ensemble des cadres ;
- promotion d'une politique managériale cohérente avec les valeurs de la bientraitance ;
- association des personnes soignées, de leurs proches et des associations de patients et de bénévoles à l'évaluation et à la mise en place des actions d'amélioration ;
- actions d'évaluation des risques de maltraitance « ordinaire » et d'indicateurs pertinents : enquêtes patients adaptées ... ;
- actions de sensibilisation et de communication interne sur la bientraitance ;
- organisation de temps et de lieux d'échanges pluriprofessionnels et pluridisciplinaires ;
- adaptation des effectifs et valorisation des métiers ;
- présence soutenue dans les services de l'encadrement de proximité.

6.5. Renforcer la prévention de la maltraitance :

Échéance premier semestre 2011 :

- conduite par la mission nationale « bientraitance » de réflexions et de communications sur la vigilance et l'importance des mesures de signalement.

Echéance troisième trimestre 2011 :

- élargissement de l'action du Comité national de vigilance contre la maltraitance pour intégrer l'ensemble des dimensions de la maltraitance et l'ensemble des dispositifs d'accompagnement et de soins ;
- désignation dans chaque ARS d'un "correspondant maltraitance" chargé de la mise en place, de l'animation et du suivi des inspections, contrôles et sanctions ;

- mise à disposition des structures régionales, des établissements et des pôles d'activité de procédures « type » de signalement judiciaire, d'information sociale ou de déclaration interne ;
- mise à disposition des établissements de santé de modèles de conventions inter-établissements permettant la mise en place de groupe d'expression et/ou d'une supervision externe pour améliorer le vécu qu'ont les soignants de certaines situations.

Échéance 2012 :

- Mise à disposition des établissements d'une boîte à outils pour dépister la maltraitance : indicateurs RH (« turn-over » non expliqué, vacance inhabituelle de postes, difficultés non expliquées de recrutement) ;
- Formalisation de modes de coopération entre les associations de bénévoles intervenant dans les pôles et l'encadrement sur la mise en évidence des organisations et pratiques suscitant un risque de maltraitance « ordinaire ».

6.6. Développer l'expertise et la formation sur la bientraitance et les approches « centrées patient » :

Echéance troisième trimestre 2011 :

- développement d'un outil de formation continue validé (type MOBIQUAL) adapté aux établissements de santé.

Echéance 2011 :

- diffusion de revues d'expériences étrangères sur les expérimentations d'organisations et de pratiques « centrées patients » et propositions sur les transpositions possibles en France.

Echéance 2012 :

- intégration de modules de sensibilisation à la bientraitance aux formations initiales de tous les professionnels de santé exerçant en établissement ;
- intégration aux programmes d'amélioration et de développement des compétences professionnelles (développement professionnel continu), en particulier ;
- définition de modules de sensibilisation et de formation ;
- définition de méthodes d'analyse et d'amélioration des pratiques intégrant l'expérience patient et les pratiques bientraitantes ;
- mise en place de centres de ressources sur la bientraitance et les approches centrées « patient ».

7. SOMMAIRE DES ANNEXES ACCESSIBLES SUR SITE :

1. Lettre de mission

2. Tableau des rencontres

3. Listes des participants par groupe

- Groupe 1 : *"Accueil et accompagnement du patient et ses proches"*
- Groupe 2 : *"Assistance dans les besoins fondamentaux comme la toilette, les soins d'hygiène, le repas, l'aide à la mobilité"*
- Groupe 3 : *"Consultations, examens, traitements et soins invasifs"*
- Groupe 4 : *"Prévention et traitement de la douleur"*
- Groupe 5 : *"Accompagnement de la personne en fin de vie et ses proches"*
- Liste des personnes ayant participé aux deux rencontres supplémentaires sur le thème *"Bientraitance et Laïcité"*

4. Liste des membres du Comité de Pilotage

5. Comptes-rendus des travaux réalisés lors de chaque rencontre par groupe ainsi que les synthèses

- Groupe 1 : *"Accueil et accompagnement du patient et ses proches"*
- Groupe 2 : *"Assistance dans les besoins fondamentaux comme la toilette, les soins d'hygiène, le repas, l'aide à la mobilité"*
- Groupe 3 : *"Consultations, examens, traitements et soins invasifs"*
- Groupe 4 : *"Prévention et traitement de la douleur"*
- Groupe 5 : *"Accompagnement de la personne en fin de vie et ses proches"*
- Ecrits des personnes ayant participé aux deux rencontres supplémentaires sur le thème *"Bientraitance et Laïcité"*

6. Approche philosophique et éthique

- Revue de littérature, autour de la notion de bientraitance de Nadia Péoc'h, Cadre Supérieur de Santé, Hôpitaux de Toulouse
- Les concepts en philosophie et en éthique de Yannis Constantinidès, Agrégé de Philosophie, Espace Éthique AP-HP
- Quelques remarques sur la bientraitance de Yannis Constantinidès

7. Contributions fournies par les membres du Comité de pilotage

- Quelques réflexions sur la bientraitance de Philippe Jean, Directeur Adjoint, CH de Pau
- Mission bientraitance : rôle des instances et signalement de Philippe Jean
- Ethique et établissement hospitalier : respect et surveillance de la bientraitance, contribution fournie par Bernard Roerich, Directeur Général, CHU de Tours
- La notion de "patient - centered care" ou "patient - centredress" document HAS de Anne Depaigne-Loth
- Le "statut" de l'aumônier hospitalier de Claude-David Ventura, Directeur Hospitalier hors classe, DGOS
- Réflexions à propos des comptes-rendus des groupes de travail :
 - * provenant de l'HAS
 - * provenant de Linda Benattar, Médecin Gériatre

8. Autres documents

- Charte d'Accueil du Tout-petit (Métiers de la petite enfance)
- Charte de l'Enfant Hospitalisé
- Les 10 règles d'or de l'hospitalité (CHU de Limoges)
- Promotion de la bientraitance en Franche-Comté (ReQua)
 - * Evaluation des pratiques professionnelles
 - * La Charte de bientraitance
- L'approche du concept de bientraitance (Réseau Quali Santé 44)
- Groupe d'Accompagnement Bientraitance (CH Calais)
- Guide relatif au respect des droits des patients hospitalisés
- Contrat d'engagement démarche qualité soins palliatifs (Respavie)
- Projet de service 2006-2010, Centre Régional d'Accompagnement et de Soins Palliatifs, Hôpital Joseph Ducuing, Toulouse

8. TEXTES DE RÉFÉRENCE, BIBLIOGRAPHIE, RESSOURCES INTERNET :

Textes réglementaires et textes de référence :

- Déclaration universelle des droits de l'Homme, ONU, 1948
- Déclaration des droits de l'enfant, ONU, 1959
- Convention européenne des droits de l'homme et des libertés fondamentales, 1953, amendée par les Protocoles nos 11 et 14, juin 2010
- Charte de l'usager en santé mentale, 2000, FNAP-Psy, conférence nationale des présidents de CME de CHS.
- Charte européenne de l'enfant hospitalisé, 2001, 7ème conférence européenne, EACH.
- Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.
- Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- Arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie, mentionnée à l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles
- Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.
- Loi n°2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie
- Circulaire DHOS/DGS no 2006-90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée
- Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance, 2007, Fondation nationale de gérontologie
- Loi n°2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance.
- 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 NDGCS/2A/2010/254 du 23 juillet 2010 relative au renforcement de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées et au développement de la bientraitance dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant de la compétence de l'ARS

Sites à consulter :

Nations Unies
<http://www.un.org/>

Cour européenne des droits de l'homme
http://www.echr.coe.int/ECHR/homepage_fr

Légifrance, le service public de la diffusion du droit
<http://www.legifrance.gouv.fr/>

Site du Premier Ministre circulaires.gouv.fr
www.circulaires.gouv.fr

UNAF, Les chartes dans le domaine de la santé, décembre 2007 :
http://www.leciss.org/uploads/tx_cissdocuments/081128_Chartes_sante.pdf

Bibliographie et autres ressources Internet :

- Evaluation du dispositif de lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées mis en œuvre par les services de l'Etat dans les établissements sociaux et médico-sociaux, Rapport, F. Bas-Théron, Ch. Branchu, Inspection générale des affaires sociales. La documentation française, Paris, 2006.
- Gestion des risques de maltraitance en établissement : méthode, outils, repères, Comité national de vigilance contre la maltraitance des personnes âgées, Ministère délégué à la Sécurité sociale aux Personnes âgées aux Personnes handicapées et à la famille. Paris, 2007.
- La protection des adultes et enfants handicapés contre les abus, Conseil de l'Europe, Hilary Brown, la documentation française, Paris, 2002.
- Maltraitance envers les personnes handicapées : briser la loi du silence, Rapport de la commission d'enquête n°339 (2002-2003) du Sénat de MM. Jean-Marc Juilhard et Paul Blanc, déposé le 10 juin 2003.
- Allo Maltraitance des personnes âgées et/ou des personnes handicapées : <http://www.alma-france.org/>
- Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), L'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie, Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé – juin 1998.
- Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), Information des patients - Recommandations destinées aux médecins. Recommandation pour la pratique clinique mars 2000.
- Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), Limiter les risques de la contention physique chez la personne âgée, Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé – octobre 2000.

- Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM), La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre, Recommandation de bonnes pratiques professionnelles, août 2008. <http://www.anesm.sante.gouv.fr>
- Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM), Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance, décembre 2008
- Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) - Mission du responsable de service et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance à domicile, septembre 2009
- Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM), Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux, juin 2010
- Philippe Bataille, Un cancer et la vie, Paris, Balland, 2003
- Linda Benattar, Patrick Lemoine, La vie Alzheimer, Paris, Armand Colin, 2009
- Sophie Borrel – Richard, Bérénice Chalot, Renaud Feydy, Julie Thuilleaux, Virginie Toulemonde – Dérosiaux, La bientraitance dans les établissements de santé, Etude réalisée par l'EHESP+, Association des élèves de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, pour la Haute Autorité de Santé, Octobre 2009 - Juin 2010
- *Espace usagers du système de santé, Ministère du travail de l'emploi et de la santé*
<http://www.sante.gouv.fr/espace-usagers-du-systeme-de-sante.html>
- *Le forum cancer du sein*
<http://www.lesimpatientes.com/>
- Alice Casagrande, « Quelques fondamentaux pour cerner le concept de bientraitance » La revue de l'infirmière, novembre 2009, n° 155, 16-18.
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) « Une maltraitance ordinaire : perceptions et réactions des personnes âgées aux comportements maltraitants : une enquête qualitative » Etudes et résultats n°370 janvier 2005. http://www.rifvel.org/documentation_rifvel/er370.pdf
- Sylvie Fazaing, La relation médecins-malades: information et mensonge, Paris, Presses Universitaires de France (Coll.» Ethnologies»), Paris 2006.
- Fédération Hospitalière de France (FHF), Guide pratique Bientraitance / Maltraitance à l'usage des établissements et institutions. 2007.
- Fédération Hospitalière de France (FHF), ANAES. Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligation de soins et de sécurité. Conférence de consensus, janvier 2005.

- Susan Frampton, Sara Guastello, Carrie Brady, Maria Hale, Sheryl Horowitz, Susan Bennett Smith, Susan Stone, The Patient- Centered Care Improvement Guide. Derby, USA: The Planetree Association and The Picker Institute, 2008.
- Carol Gilligan Une voix différente, pour une éthique du care, Paris, Flammarion, coll. Champs Essais, 2008. (1ère édition, 1982, Harvard University Press)
- Margaret Gerteis, Susan Edgman-levitan, Jennifer Daley, Thomas L. Delbanco, Through the Patient's Eyes: Understanding and Promoting Patient-Centered Care. San Francisco: Jossey-Bass, 1993.
- Haute Autorité de Santé - Manuel de certification des établissements de santé, V2010, version juin 2009 <http://www.has-sante.fr/>
- Haute Autorité de Santé (HAS) - Modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux. Recommandation pour la pratique clinique, avril 2005.
- Haute Autorité de Santé (HAS) - Annoncer une mauvaise nouvelle, guide, février 2008.
- Haute Autorité de Santé (HAS) - La maltraitance "ordinaire" dans les établissements de santé - Claire Compagnon et Véronique Ghadi – 2009
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010_01/plaquette_maltraitance_v3.pdf
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-01/rapport_ghadi_compagnon_2009.pdf
- La bientraitance dans les soins, Colloque, Franche-Comté avril 2010 <http://www.anfh.asso.fr/actu.php?id=21>
- Le journal du médiateur de la république. Maltraitance – Le non respect d'autrui : droits et devoir des usagers et des professionnels de santé. Décembre 2009/Janvier 2010 http://www.mediateur-republique.fr/fic_bdd/pdf_fr_fichier/1263304787_MDA53_pour_le_web.pdf
- Marie de Hennezel, Le souci de l'autre, Paris, Robert Laffont, 2004
- Anne Matalon, Chimiofolies, HB Editions, Paris, 2000.
- Professeur François-Bernard Michel, « l'Académie nationale de médecine en défense et illustration de l'humanisme médical », Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine, 2010, 194, n°4 et 5, 833-845.
- Michel Schmitt, Le médecin « imagier » et les maladies du sein. Avancées technologiques et réflexions humanistes pour « tendre à la Bientraitance », à paraître, Bull. Acad. Natle Méd., 2011
- Michel Schmitt, Prévenir la maltraitance et tendre à la bientraitance ; Une prise de conscience et une nécessaire remise en cause de nos pratiques ; Imaging Management, 2, 2010, 32-34.

- Michel Schmitt, La Bienveillance ... Concept nouveau ou retour aux valeurs citoyennes ? Le Mérite, 125, 2010, 28-30.
- Michel Schmitt. Tendre à la bienveillance, prévenir la maltraitance. Un droit fondamental des personnes accueillies en structure de soins, 2010, 98 p.
- Ministère de la santé – Dossier de presse – La politique de bienveillance chez les personnes âgées, une réalité concrète – Mai 2009 [www.travail-solidarite.gouv.fr/actualite/presse/dossier de presse](http://www.travail-solidarite.gouv.fr/actualite/presse/dossier_de_presse).
- Outil MOBQUAL. MOBilisation pour la QUALité des pratiques professionnelles www.mobiqua.fr
- Nadia Peoc'h et al. Représentation et douleurs induites : repère, mémoire, discours, recherche en soins infirmiers, 88, mars 2007
- Marie-Christine Pouchelle, L'Hôpital Corps et âme. Essais d'Anthropologie Hospitalière, Paris, Seli Arslan, 2003.
- Marie-Christine Pouchelle, L'hôpital ou le théâtre des opérations, Essais d'Anthropologie Hospitalière 2, Paris, Seli Arslan, 2008.
- Danielle Rappoport La bienveillance envers les enfants : Des racines et des ailes, Paris, Belin, 2006.
- Annick Tournier, Corps à corps avec parkinson, Les empêcheurs de penser en rond, La découverte, Paris, 2009
- Anne Vega, Une ethnologue à l'hôpital, l'ambiguïté du quotidien infirmier, Paris Archives contemporaine, Paris, 2000.
- Unifaf Rhône-Alpes. Processus de prévention et de gestion des situations de violence en institutions, décembre 2006.

Ouvrages collectifs :

- Proximologie, regards croisés sur l'entourage des personnes malades, dépendantes ou handicapées, Coordination et préface d'Hugues Joubin, Collection "Médecine-Sciences", Flammarion, 2006.
- Ethique, médecine et société, comprendre, réfléchir, décider. Sous la direction de Emmanuel Hirsch, Espace Éthique AP-HP, Vuibert, 2007.