



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



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

## **Développement de la bientraitance**

**Bilan des travaux et recensement des besoins dans les établissements de santé et Ehpad de six régions françaises**

**Groupe de travail Forap – HAS Bientraitance**

**Fiches expérience bientraitance**

**Décembre 2010**

**Membres du groupe de travail : MJ D'Alche Gautier (RBNSQ), A Depaigne Loth (HAS), F Empereur (Evalor), V Ghadi (HAS), I Mahegalisson (RQS44), P Minary Dohen (Requa), P Nachin (Requa), F Papo (RSQ), C Pourin (CCECQA), F Saillour-Glénisson (CCECQA), N Terrien (RQS44), B Toulouse (CEPPRAL), I Verheyde (RSQ)**

## Liste des fiches expérience bientraitance

---

Fiche 1	Modalités de mise en œuvre de la contention physique : un geste technique à intégrer dans une approche humaine »	P3
Fiche 2	Programme de formation-action à la prévention de la maltraitance	P8
Fiche 3	Tendre à l'amélioration de la qualité de vie de tous : patients/résidents, familles et soignants », démarche bientraitance dans un hôpital Local pour personnes âgées	P10
Fiche 4	Pour une prise en charge individualisée en périnatalogie	P15
Fiche 5	Prévention des risques liés à une mauvaise installation au fauteuil de la personne âgée grabataire en USLD	P17
Fiche 6	Projet Bientraitance en EHPAD et USLD du CH Falaise	P20
Fiche 7	Démarche de bientraitance en réanimation	P22
Fiche 8	Implémentation des techniques « patient mystère » au sein du groupe Bordeaux Nord Aquitaine pour mener une amélioration de la qualité de l'accueil	P26
Fiche 9	Organiser la réflexion éthique et l'éthique clinique	P29
Fiche 10	Promotion de la bientraitance en Franche-Comté – Evaluation des pratiques professionnelles et charte bientraitance	P36
Fiche 11	Axe stratégique de la politique de soins : les valeurs du prendre soins et promouvoir la bientraitance	P42
Fiche 12	Initialisation d'un groupe de travail sur les directives anticipées en HAD	P44

---

Les fiches « expérience bientraitance » doivent permettre de restituer de manière synthétique les principes et les caractéristiques méthodologiques de démarches, projets, actions ou outils visant la bientraitance des patients et de leur proches en établissements de santé.

Il est possible de sélectionner des expériences qui ne prennent pas le nom de bientraitance mais visent « à promouvoir le bien-être de l'utilisateur »<sup>1</sup>.

Elles alimenteront la réflexion du groupe de travail mis en place par la FORAP ayant pour objectif l'élaboration d'un ou plusieurs outils d'accompagnement de la mise en place de démarches de bientraitance.

Elles doivent être élaborées et diffusées en accord avec les équipes concernées. Si ces dernières sont d'accord, elles pourront, le cas échéant, être utilisées de manière anonymisée pour illustrer le ou les guides ou outils proposés par la FORAP.

# FICHE 1

**Nom/titre de l'expérience :**

**Modalités de mise en œuvre de la contention physique : un geste technique à intégrer dans une approche humaine**

## **Contact principal**

**Nom Prénom fonction :** Annette VIROULAUD, responsable qualité/gestion des risques, coordonnatrice des EPP

**Service et adresse Postale :** CH VAUCLAIRE, 24700 MONTPON MENESTEROL

**Téléphone :** 05 53 82 82 82 poste 1117

**Email :** annette.viroulaud@ch-montpon.fr

## **Contexte/historique, périmètre**

Le centre Hospitalier de VAUCLAIRE est un établissement public de santé mentale de la région Aquitaine, qui accueille des patients adultes et adolescents en hospitalisation libre mais aussi sous contrainte. Dans les unités dites fermées, compte tenu des pathologies accueillies, le recours à la contention est relativement courant. Réalisée le plus souvent dans des situations d'urgence, cette pratique constitue un acte difficile pour les soignants et comporte des risques pour le patient (chute, blessure physique, complications somatiques, incidences psychologiques...)

En 2006, afin de répondre aux attendus de la certification V2007 notamment de l'Evaluation des Pratiques Professionnelles, l'établissement a conduit avec l'aide du CCECQA, une première évaluation sur le thème : « utilisation de la contention en psychiatrie ». La méthode d'évaluation retenue était un audit clinique réalisé à l'aide de la grille élaborée par le CCECQA. Vingt critères d'évaluation exploraient des thèmes ciblés sur la pratique technique du soin : durée, motif, prescription, risque, information délivrée, surveillance, prolongation et arrêt. L'analyse a porté sur une revue d'une cinquantaine de dossiers patient sur l'ensemble des unités de soins concernées. Les résultats ont permis de mettre en place les actions correctives suivantes :

- l'actualisation du protocole en place depuis 2001,
- l'amélioration des fiches spécifiques de prescription médicale et de traçabilité de la surveillance infirmière,
- l'accompagnement auprès des équipes par des membres du groupe de travail, de ces différents outils.

L'utilisation et l'efficacité de ces actions ont été mesurées en 2008 par une seconde étude avec la même grille d'audit. La fiche de prescription et le document spécifique à la surveillance ont été intégrés, dans le dossier informatisé du patient.

La démarche présentée aujourd'hui, est menée en complémentarité de la troisième mesure sur cette thématique inscrite au programme annuel EPP. Elle a été décidée au sein de la commission Ethique/EPP (*constituée au début de l'année 2010*), désireuse d'élargir le champ de l'évaluation plutôt centrée jusqu'ici sur la conformité du geste technique, à un questionnement éthique sur les pratiques soignantes au cours du soins de contention. La commission ayant pour mission de recenser les problèmes éthiques rencontrés dans

l'établissement lors de situations particulières ou complexes et d'organiser des temps de réflexion sur ces situations. La violence du patient et la mise en contention ou en chambre d'isolement sont les problèmes les plus souvent cités par les professionnels et sont aussi des situations à l'origine de plusieurs signalements d'évènements indésirables recensés par le service qualité/GdR.

Enfin, ce choix a également été motivé par l'introduction dans la partie « droits et place du patient » du manuel de certification V2010, d'un critère d'évaluation relatif à la bientraitance. La visite de certification de l'établissement est prévue en février 2011.

### **Objectifs et principes**

1) L'objectif de cette démarche est tout d'abord pédagogique, l'évaluation ayant pour but :

- de susciter le questionnement collectif « à chaud » et de nourrir la réflexion des équipes de soins autour de l'acte de contention et du respect de la personne soignée,
- élaboré à partir de recommandations de bonnes pratiques, l'outil utilisé permet de rappeler et de sensibiliser les professionnels aux respect des principes et des valeurs fondamentales humains
- d'initier ou d'aider les soignants au repérage des cas de maltraitance.

2) La grille a été également élaborée dans un objectif de prévention, car elle est l'occasion pour les professionnels :

- d'identifier et de reconnaître eux-mêmes les manquements ou les dérives survenus ou potentiels
- d'alimenter la réflexion sur les problèmes éthiques au sein de la commission Ethique/EPP, et de faciliter la définition d'actions d'amélioration en adéquation avec les situations observées
- de permettre aux soignants d'exprimer leur vécu au cours de cette pratique.

3) En complément de ces deux objectifs l'enquête doit favoriser la concertation entre les prescripteurs et les soignants sur la pertinence et l'intérêt thérapeutique de ce soin dispensé au patient. Cette concertation peut être individualisée au sein de l'unité mais aussi institutionnalisée au sein de la commission Ethique/EPP, composée de membres de la Direction, de médecins de chaque pôle clinique et d'un représentant des usagers.

### **Méthode**

Le groupe pluriprofessionnel, constitué pour réaliser l'EPP sur le thème de la contention a été sollicité par la commission Ethique/ EPP pour conduire cette évaluation sous forme d'une enquête des pratiques, parallèlement à l'Audit des dossiers patient.

#### **Composition du groupe :**

Praticien hospitalier, cadres de santé des différents pôles clinique, cadre socio-éducatif, infirmiers, secrétaire médicale, RAQ/GdR, coordonnatrice EPP et Gestionnaire des Risques.

#### **Etapas de travail**

- Présentation au groupe, de l'objectif et de la méthode de l'évaluation par la coordonnatrice EPP

➤ Diffusion à chaque membre du groupe, des recommandations de bonnes pratiques édictées par l'ANAES : « limiter les risques liés à la contention chez la personne âgée », et « L'Audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie », pour l'élaboration de l'outil d'évaluation

➤ Définition des différents domaines de l'évaluation, centrée sur les dimensions relationnelles et humaines entre le patient et le soignant : l'information, le respect des droits fondamentaux (dignité, intégrité, confidentialité) le respect des conditions de sécurité et l'intérêt thérapeutique de la contention

➤ Elaboration des différents critères par domaine lors d'une réunion de travail. *Cf. grille*

➤ Définition d'un échantillon de 2 ou 3 grilles par unité concernées (10 grilles environ) pour apprécier l'appropriation des critères par les professionnels et la faisabilité de cette enquête à plus long cours

➤ Diffusion de la grille d'enquête aux équipes de soins par l'intermédiaire du relais qualité/GdR de chaque unité concernée, par courrier. *Cf. courrier*

### **Modalités d'évaluation**

➤ Remplissage d'une grille d'enquête par acte de contention réalisé dans les unités concernées du 1<sup>er</sup> octobre au 30 novembre

➤ Remplissage collectif par l'équipe soignante et le médecin prescripteur si possible, dans les heures qui suivent l'acte de contention

➤ Dépouillement des grilles par le service Qualité/GdR et analyse des résultats par le groupe d'EPP courant décembre, en même temps que les résultats de la revue de dossiers

➤ Présentation des résultats à la commission Ethique/EPP, par la coordonnatrice EPP

➤ Définition d'actions correctives soit au niveau de l'équipe, soit au niveau institutionnel par la commission Ethique/EPP

➤ Planification des actions définies dans le PAQ/GdR annuel.

### **Communication**

Suivi d'étapes et présentation des résultats de la démarche :

- Information des unités concernées par appel à volontariat,
- Article dans la lettre d'information de l'hôpital « Zoom@Vauclaire ».
- Mise sur le réseau IntraWeb du programme global d'EPP,
- Présentation du programme et du suivi de réalisation des EPP en CME,
- Présentation et validation des résultats de cette étude et des propositions d'amélioration en commission Ethique/EPP, en CME et en CAQ/GDR.

### **Eléments de suivi principaux résultats**

L'enquête est en cours et se termine fin novembre. Quatre grilles émanant de deux unités de soins ont été retournées au service Qualité/GdR, à ce jour. L'ensemble des critères a été renseigné et complété par des commentaires.

Les premiers constats font apparaître :

➤ la difficulté des soignants au moment de la crise, d'informer le patient pour obtenir son consentement

➤ une absence d'information aux patients témoins

➤ un manque de traçabilité des informations données aux patients

- un défaut d'intimité dans une unité (oculus dans la porte)
- pas toujours la possibilité pour la patient de voir l'heure (pas d'horloge)

Cependant l'aspect sécuritaire de la contention est respecté :

- l'accompagnement du patient nécessite le plus souvent une intervention physique, réalisée sans violence
- l'absence d'objet dangereux à proximité du patient est vérifiée

Enfin, la réflexion de l'équipe sur la pertinence et l'intérêt thérapeutique du soin est réalisée le plus souvent au moment des transmissions infirmières sans présence médicale mais aussi quelquefois en réunions de synthèse avec le médecin

Les cadres qui ont participé au remplissage de ces grilles ont signalé que l'enquête a été plutôt bien vécue par l'équipe. « *La grille a servi de support de débriefing et a permis de confronter notre perception du soin, de rappeler les recommandations et de mettre en exergue les actes réalisés mais pas suffisamment tracés, exemple : l'information du patient* »

Cette démarche tend à démontrer aux professionnels les liens possibles entre les différents dispositifs en place (plaintes, signalement EI, EPP..) et les acteurs impliqués (CRU, CME, commission Ethique/EPP, Direction des soins, CAQ/GdR). Ce qui permettra à plus long terme de renforcer la cohérence des différents projets menés autour de la prise en charge du patient.

### **Développements prévus**

**Après vérification de la faisabilité et de la pertinence de l'enquête il est prévu de :**

- proposer un remplissage en routine de la grille d'enquête collectée par le service Qualité/GdR en complément du dispositif de signalement des événements indésirables dont la fiche comporte un item dédié, intitulé : « défaut de bientraitance »
- définir et de suivre semestriellement en commission Ethique/EPP, un indicateur agrégé par domaine évalué
- intégrer la moyenne de ces indicateurs aux objectifs qualité des contrats de pôle clinique
- présenter les évolutions de la démarche en réunion de la CRU
- intégrer les principes évalués par l'enquête dans une charte concernant la bientraitance, dont la rédaction est en projet.

### **Discussion et enseignements**

**Facteurs favorisants :**

La démarche d'EPP, développée depuis 2005 dans notre établissement a été un bon levier pour associer aux études de conformités ces critères plus centrés sur la dimension humaine et relationnelle du soin donné au patient. En effet l'EPP est un axe prioritaire porté au sein de commissions institutionnelles (CME, Ethique/EPP, CAQ/GdR) et dont le développement est fortement soutenu par la Direction de l'établissement. Le programme est défini annuellement, l'implication des professionnels dans les groupes de travail est déjà effective.

Les critères définis ont été choisis par des professionnels de terrain et non imposés, ce qui a facilité l'appropriation de la grille d'enquête et le questionnement collectif.

**Les limites :**

Les limites sont celles liées au mode de recueil, l'enquête qui ne permet pas de vérification objective des réponses apportées et aussi à la subjectivité de certains critères.

La disponibilité de l'ensemble des soignants et du médecin pour le remplissage.

Le manque de définition institutionnelle de la maltraitance ( en l'absence de charte)

L'implication encore limitée du patient ou de son entourage dans cette démarche.

## *FICHE 2*

**Nom/titre de l'expérience :**

**Programme de formation-action à la prévention de la maltraitance**

**Contact principal**

**Nom Prénom fonction : ROSSIGNOL Catherine**

**Service et adresse Postale : centre de la Tour de Gassies 33523 BRUGES cedex**

**Téléphone : 05 56 16 30 03**

**Email : [crossignol.gassies@ugeacamaq.fr](mailto:crossignol.gassies@ugeacamaq.fr)**

**Contexte/historique, périmètre**

- USLD – 80 résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou démences apparentées
- Effectif soignant jugé insuffisant par les agents : sentiment de charge de travail importante
- Climat social difficile

**Objectifs et principes**

Objectif : prévenir la survenue de situations de maltraitance mais au regard des spécificités du centre

Principe : formation non descendante ou académique. Les pistes de prévention sont construites par les agents du centre

**Méthode**

**- faire émerger une définition et une représentation commune de la maltraitance par les agents du centre :** échanges et synthèses

**- générer une prise de conscience par les agents des situations à risque potentiel de maltraitance :**

- une journée d'observation des pratiques, des organisations de travail, des comportements (films, photos)

- compte rendu des observations auprès du groupe d'agents

- discussion autour des situations identifiées

**- identifier les causes de la survenue de possibles situations de maltraitance**

- échanges sur les conditions de travail

- les origines du risque d'être maltraitant

**- mise en place des pistes de prévention**

- **formation sur « comment gérer son stress », « savoir gérer l'agressivité de l'autre et la sienne »**
- **révision des organisations de travail sur des étapes de la prise en charge du résident qui ont été identifiées comme potentiellement maltraitantes** (ex : distribution du petit déjeuner)
- **aménagement d'horaires de travail certains agents** (ex : ouvrier d'entretien)

### **Eléments de suivi principaux résultats**

Résultat : grande satisfaction des agents vis-à-vis de ce type de formation/action

Suivi :

- analyse des questionnaires de satisfaction des résidents et familles
- analyse du registre des plaintes
- conseil des familles

- 2012 : nouvelle session de formation pour un nouveau groupe d'agents du centre. A cette occasion, demander au formateur, lors de la phase d'observation de terrain, de mesurer l'écart constaté.

### **Développements prévus**

Nouvelle session de formation (sur le même schéma) pour un nouveau groupe d'agents du centre.

## FICHE 3

**Nom/titre de l'expérience :**

**Tendre à l'amélioration de la qualité de vie de tous : patients/résidents, familles et soignants », démarche bientraitance dans un hôpital Local pour personnes âgées**

### **Contact principal**

**Nom Prénom fonction :** Johanna Poinson-Trégret, psychologue

**Service et adresse Postale :** Hôpital Local Loire et Sillon, 13 rue de l'hôpital. 44260 Savenay

**Téléphone :** 02-40-57-52-13

**Email :** j.poinson-tregret@hl-savenay.fr

### **Contexte/historique, périmètre**

Dans le cadre du programme de santé publique MOBQUAL, des outils de réflexion ont été mis à la disposition des établissements et c'est lors de la présentation des différentes mallettes, qui a eu lieu en mai 2009, que l'établissement s'est engagé à mettre en œuvre la démarche bientraitance. C'est dans ce contexte qu'une EPP bientraitance s'est alors mise en place.

### **Objectifs et principes**

L'idée était, à travers le visionnage du DVD « 24h de la vie d'un EPHAD », de pouvoir mettre en parallèle ce qui était repérable dans le film et les prises en charge au quotidien à l'hôpital de Savenay et ainsi de s'interroger sur ce qu'est la bientraitance pour chacun.

#### Objectif général

L'objectif général était :

- de permettre de resituer le patient au centre de nos réflexions, de le considérer en tant que sujet en valorisant notamment la notion de personnalisation.
- de permettre de revaloriser les pratiques des soignants, leur rôle auprès des patients et de leur famille et de les rendre acteur de la vie du service.
- de rediscuter des pratiques, de permettre une remise en question et une écoute mutuelle et ainsi d'entendre que chacun fonctionne, réagit et agit en fonction de sa formation initiale mais surtout en fonction de sa personnalité, de son vécu et de son histoire. L'objectif était ainsi de permettre de rendre légitime la diversité des regards des uns et des autres.

#### Principe

Chaque service a pu visionner deux séquences : une imposée qui concernait tous les services : « 07h19 Réveil, lever, toilette, habillage, petit déjeuner » et une au choix.

Suite à ce visionnage nous avons consacré un temps d'échange afin que chacun puisse exprimer ce qui l'a interpellé.

Suite au débat, au dialogue qui s'est instauré, nous avons défini le thème autour duquel le service allait travailler. Cette réflexion a été menée à travers l'évocation des pratiques quotidiennes propres au service en abordant les points positifs, les qualités, les réajustements possibles et en proposant des idées d'amélioration de la prise en charge.

A l'issue de ce temps de réflexion, un objectif par service à été défini et deux soignants par service se sont portés volontaires pour assurer la mise en œuvre du projet.

### Objectifs spécifiques

#### **-Redéfinir et mettre en œuvre les différents rôles du référent bienveillance (Service SMTI - Le Sillon).**

L'équipe est partie des questions suivantes : Quel est son rôle actuel dans le service et quel rôle pourrait-il tenir dans l'avenir ? Qui peut être le référent ? Qui peut prendre ce rôle et dans quelles limites ?

Un groupe de réflexion s'est alors constitué et un écrit à été formalisé recouvrant tous les domaines dans lesquels le référent a une place à jouer :

-auprès du résident lors de l'accueil et au cours de son séjour, notamment par une évaluation de ses besoins, une écoute, un accompagnement. Il informe également le résident des dates de synthèse et recueille ses demandes éventuelles, prépare la synthèse et en fait un retour au résident ;

-mais aussi dans les relations avec la famille ;

-et enfin le référent doit être identifié par le résident et par sa famille mais aussi par l'équipe. Il est un médiateur.

#### **-Redéfinir les objectifs et identifier les patients nécessitant de manger en salle à manger ou en chambre (Service de médecine/SSR).**

Actuellement nous avons une seule salle à manger pour 2 ailes. Auparavant le critère retenu pour l'utilisation de la salle à manger était essentiellement de type organisationnel (un seul côté mangeait en salle à manger). L'équipe a cherché à définir des caractéristiques répondant au mieux à la prise en charge personnalisée des patients comme les troubles de la déglutition (personnes pour qui une surveillance est essentielle), le projet d'institutionnalisation (pour préparer une intégration progressive), la rééducation à la marche, les troubles du comportement, le choix du patient... Les patients sont identifiés en fonction de ces caractéristiques.

#### **-Améliorer l'espace repas dans le service et à l'entrée du service (EHPAD- Le Lac 1<sup>er</sup> et 2<sup>ème</sup> étages).**

Dans un premier temps l'équipe s'est attachée à redéfinir un plan de table en fonction des affinités des résidents et dans un second temps à proposer à quelques résidentes de participer à la composition de jardinières destinées à embellir l'extérieur du service: deux résidentes et une aide-soignante ont été acheter les plants, les ont piqués et entretiennent les jardinières quotidiennement.

### **-Personnaliser les anniversaires (EHPAD- La Vallée-Lac RDC).**

L'objectif fixé ici est d'organiser un goûter d'anniversaire à la fin de chaque mois, comme cela était déjà fait, mais en y invitant la famille et les résidents qui le souhaitent et en proposant aux résidents qui le désirent la création d'un cadeau dans le cadre d'un temps d'animation.

### **-Personnaliser le lieu de vie privatif en favorisant la participation des familles et du résident à travers une activité scrapbooking (EHPAD- Le Bois).**

Une activité scrapbooking a lieu un jour par semaine en individuel. Une exposition des travaux pour ceux qui le souhaitent sera organisée à la fin du projet (EHPAD).

### **-Travailler sur le respect et la dignité à travers la réécriture d'une charte de bienveillance propre au service (Maison de retraite Unité fermé Le Marais).**

La charte va être présentée au conseil de la vie sociale et sera ensuite affichée dans le service. Elle sera également éditée sous forme de livret qui sera remis au nouveau personnel et remplaçants.

## **Méthode**

### **Etapes de travail**

#### Etape 1 : réunions de concertation

→début juin 2009

Discussion sur les modalités de présentation et d'organisation de la démarche à l'ensemble du personnel.

→Le 15/06/09

- Présentation du déroulement type de la première phase de la démarche « bientraitance » décidée à la réunion précédente pour discussion avec l'ensemble des acteurs du projet (médecins, cadres) (voir Etape 3).

-définir le calendrier

#### Etape 2 : présentation du projet à l'ensemble du personnel

Présentation du projet dans chaque service par la psychologue lors des transmissions (septembre 2009).

#### Etape 3 : concrétisation de la démarche bientraitance

Nous avons utilisé un support vidéo comme outil de réflexion intitulé « *24h de la vie d'un EHPAD* ». Suite à ce visionnage nous avons consacré un temps d'échange, de débat, de dialogue au cours duquel nous avons défini le thème de travail et l'axe d'amélioration de chaque service (de novembre 2009 à janvier 2010).

Ces axes seront sujets à évaluation au cours de l'année 2010, le but étant de les intégrer au projet de service.

Tout au long de cette démarche des temps de concertation et d'aide à la réflexion ont été mis en place avec le soutien du cadre de service parfois associé avec la psychologue et le qualitatifien (de février 2010 à mai 2010).

### **Modalités d'évaluation**

#### Etape 4: Evaluation

Nous avons six projets mis en œuvre que nous allons évaluer à travers trois méthodes distinctes :

- deux projets qui font l'objet d'un écrit seront évalués par audit : évaluation pour la connaissance du rôle du référent sur le service d'USLD/SMTI « Le Sillon » et pour la connaissance de la charte de bientraitance sur le service d'EHPAD unité fermée « Le Marais » (octobre 2010).
- trois projets évalués par questionnaires : des questionnaires de satisfaction seront remis à chacune des parties prenantes à savoir : résidents, familles, soignants permettant ainsi de croiser les différents points de vue et d'avoir un retour plus critique des perceptions (novembre 2010). Cette méthodologie concerne trois services d'EHPAD dont les objectifs sont d'améliorer l'espace repas dans le service et à l'entrée du service, de personnaliser les anniversaires et le lieu de vie privatif en favorisant la participation des familles et du résident à travers une activité scrapbooking.
- un projet sera évalué par suivi d'indicateur et consistera à identifier les patients dont le projet personnalisé indique de manger en salle à manger (trouble de la déglutition, projet d'institutionnalisation, choix de la personne...) et à répertorier le nombre de personnes pour lesquelles on a pu répondre à la personnalisation (décembre 2010).

### **Développements prévus**

Suite à l'évaluation de chaque objectif, tous les axes qui ont répondu à une satisfaction des patients/résidents, des familles et des équipes seront étendus à l'ensemble de l'établissement.

Cette démarche sera à poursuivre et à actualiser régulièrement par une sensibilisation et des temps de parole, en s'appuyant notamment :

- de nouveau sur le visionnage de séquences du DVD « *24 heures de la vie d'un EPHAD* » auquel fera suite un temps de débat et de réflexion sur les pratiques ;
- sur la mise en place à la fois d'un *comité d'éthique* et de *groupes de parole* qui permettraient que soit maintenue la démarche bientraitance dans l'établissement à travers des thèmes de réflexion variés...
- sur l'élaboration et la mise en place de projets personnalisés, dans la mesure où la bientraitance a pu être définie par les équipes à travers des notions telles que le respect, la dignité, la prise en charge individuelle...etc.

## **Discussion et enseignements**

### Les points forts

- Pertinence de l'outil MOBQUAL qui permet de s'interroger sur nos pratiques quotidiennes et de s'appuyer sur des projets concrets.
- La créativité et la mobilisation de l'ensemble des soignants.
- La richesse des échanges.

Tous ces objectifs ont permis de favoriser une communication avec le résident, de développer une relation privilégiée durant laquelle le résident a pu discuter de son histoire. Il y a trouvé un lieu d'écoute et de parole qui permet de renforcer son sentiment d'identité. Une partie des actions proposées a également permis un investissement de la famille dont l'objectif est d'aider la famille à trouver une place entre son parent et l'institution.

### Les limites

- Anticipation du coût financier : le manque d'anticipation a freiné dans le temps la mise en place de certains objectifs.
- Absence de médecin coordonnateur

## FICHE 4

**Nom/titre de l'expérience :**

**Pour une prise en charge individualisée en périnatalogie**

### **Contact principal**

**Nom Prénom fonction :** Mr Bertrand Guihal, Cadre Supérieur de Santé

**Service et adresse Postale :** Pôle Mère et Enfant - CHU de Nantes - 44093 Nantes Cedex

### **Contexte/historique, périmètre**

Lors de l'ouverture du nouvel hôpital Mère et Enfant en 2004, une réflexion a été menée dans le cadre du projet d'élaboration et de formalisation d'une conception de soins appelée « soins de développement ». Ce dernier s'attache à réduire les stimulations inadaptées en qualité et intensité. Ce projet concernait le service de réanimation néonatale et pédiatrique ainsi que la néonatalogie du pôle mère-enfant subdivisé en 5 unités : réanimation néonatale, réanimation pédiatrique, soins intensifs de néonatalogie, néonatalogie et l'unité kangourou.

### **Objectifs et principes**

Le principe est basé sur deux valeurs essentielles : le respect et le professionnalisme.

La finalité de ce projet de « soins de développement » vise à optimiser et développer une prise en charge individualisée et centrée sur la réponse aux besoins de l'enfant et de sa famille.

Les soins de développement peuvent être définis comme l'ensemble des techniques environnementales (limitation du bruit, de la lumière) et comportementales (peau à peau, succion non nutritive) destinées à aider le développement harmonieux de l'enfant né avant terme. L'observation personnalisée de l'enfant permet la mise en place d'un programme de soins adapté à ses capacités tout au long de son hospitalisation.

Les soins de développement sont basés sur quatre points :

- l'environnement
- le confort et la prise en charge de la douleur
- l'accompagnement des parents
- l'organisation de soins médicaux et paramédicaux.

Cela implique une participation précoce des parents aux soins et une très bonne information.

D'un point de vue qualitatif, la mise en œuvre du projet permet une amélioration de la qualité de la relation mère et enfant

**Ce projet a aussi pour objet une amélioration des pratiques professionnelles, et doit permettre de sensibiliser le personnel au respect de concepts de qualité de soins.**

Les objectifs de ce projet sont de :

- Limiter les nuisances environnementales
- Respecter le rythme de l'enfant
- Faciliter l'accès des parents à l'information médicale

### **Méthode**

La phase de conception du projet est basée sur la politique du projet d'établissement, du projet de soins et du projet de pôle est élaborée dans un partenariat médico-soignant .

**Cette conception est aussi basée sur un recueil de données ayant pour objectifs l'analyse du contexte afin de ne pas plaquer des actions sur une organisation préexistante.**

#### **Deux analyses sont nécessaires**

- Une analyse qui donne des éléments formels tels que les effectifs, les compétences, et le fonctionnement formalisé
- Une analyse systémique qui donne une vision des données observables sur les interactions mais aussi sur l'environnement

La phase de communication du projet afin de faciliter la compréhension de tous, favoriser l'implication et la contribution de tous les professionnels fait l'objet d'information dans le cadre du conseil de pôle, et d'un groupe de travail spécifique.

La phase de mise en œuvre a été planifiée : elle est en cours et sera encore relancée en 2011 car cette démarche s'inscrit dans le cadre d'une fiche projet intégrée au contrat de pôle. Elle décrit le plan d'accompagnement de l'équipe : stage par comparaison, formation...

Ce projet suppose de former au moins 10 % du personnel non médical de l'équipe pour soutenir l'implantation du programme au sein de la filière d'ici 2015.

### **Modalités d'évaluation**

La phase de suivi et d'évaluation est programmée à court terme et moyen terme : de 2011 à 2013.

Le suivi de la mise en œuvre sera organisé : nombre d'agents formés, satisfaction exprimée par les parents...

## ***FICHE 5***

### **Nom/titre de l'expérience**

### **Prévention des risques liés à une mauvaise installation au fauteuil de la personne âgée grabataire en USLD**

### **Contact principal**

**Nom Prénom fonction :** Docteur Marie-Christine Godart,

**Service et adresse Postale :** USLD Saint-Julien - CHU Nancy - 29, avenue du Maréchal de Lattre de Tassigny - 54000 Nancy

### **Contexte/historique, périmètre**

2 secteurs d'USLD du CHU de Nancy (Saint-Julien et Saint-Stanislas représentant un total de 164 résidents) se sont lancés en 2007 dans une démarche d'amélioration de la qualité visant la bienveillance des personnes âgées notamment les personnes âgées dites « grabataires verticales ». Cette action était inscrite dans une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles et a mobilisé l'ensemble du personnel médical et soignant sous l'impulsion du médecin gériatre et d'un cadre de santé.

La personne grabataire est un malade qui ne se lève plus seul. La littérature décrit deux catégories: le grabataire horizontal, qui ne peut quitter son lit, et le grabataire vertical, qui peut aller au fauteuil. Le lever au fauteuil nécessite l'aide d'une tierce personne (ou de 2 personnes) ou d'un lève malade. Le patient grabataire nécessite au lever une aide obligatoire pour une bonne installation ou une réinstallation correcte au fauteuil (ce qui est fréquemment fait plusieurs fois par jour). Ce travail ne concerne que le grabataire vertical.

L'équipe a décidé de travailler sur ce thème devant :

- l'observation fréquente de la mauvaise installation des personnes âgées dans un fauteuil par l'ensemble des professionnels des USLD.
- la sollicitation des familles constatant les problèmes de mauvaise installation du membre de leur famille, et, de matériel en nombre insuffisant ou non adapté.
- la constatation des conséquences des mauvaises installations : douleurs, plaies, chutes, troubles de déglutition...

### **Objectifs et principes**

L'objectif de ce travail était à terme de garantir une bonne installation de ces personnes âgées dans le respect du confort, de la dignité et de la sécurité, ceci étant clairement en rapport avec la notion de bienveillance.

Par ailleurs cette amélioration des pratiques envers les patients grabataires devait permettre de rejaillir sur un confort de travail pour l'équipe et une meilleure relation avec les familles de ces patients grabataires.

L'objectif opérationnel de ce travail était de réaliser un état des lieux des connaissances du personnel sur la notion d'installation au fauteuil de la personne âgée grabataire, de vérifier les notions de risques d'une mauvaise installation, de connaître les dispositifs à disposition du personnel pour l'installation des personnes âgées et de voir enfin si cela était correctement mis en place dans les secteurs de long séjour.

## Méthode

### Etapes de travail

Après analyse de la littérature et de confrontation de plusieurs recommandations, le travail a été réalisé en 3 volets :

- en novembre 2007 : Un audit de pratique par observation directe auprès de tous les résidents grabataires verticaux un jour donné en vérifiant la conformité aux 10 critères du référentiel de « bonne installation au fauteuil » : 36 patients ont été observés, chaque critère du référentiel a un taux de conformité supérieur à 10%, cependant seuls 4 patients remplissent la totalité des 10 critères.
- en octobre 2007 : Un audit de structure permettant de décrire de façon qualitative et quantitative les moyens mis à disposition des secteurs pour réaliser une installation conforme : manque de matériel, matériel vétuste et inadapté, et difficulté de la gestion du parc de matériel renforcé par l'organisation de l'USLD sur 2 sites.
- en novembre 2007 : Une enquête de connaissance auprès du personnel soignant : sur les critères, les moyens matériels et les risques : 16% de taux de réponse, certains critères et certains risques sont connus et cités (« tête droite », « pied à plat », « escarres », « chutes ») et d'autres très peu connus (« baisse d'appétit », « étouffement »..)

### **Le groupe de travail s'est positionné par rapport aux principales références suivantes**

- Évaluation et prise en charge thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale: ANAES Octobre 2000
- Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée, ANAES Octobre 2000.
- Prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé
- Texte des recommandations Jeudi 15 et vendredi 16 novembre 2001, Hôpital Européen Georges Pompidou – Paris.
- La chute: conséquences traumatiques et rééducation (membres inférieurs et rachis) N° 59 - 2ème trimestre 2001. Dr Richard Mary, Dr Alain MIGEON, Dr François Moutet, Dr Evelyne Tanguy, Dr Lionel Paul, Dr Jean-Yves Mahé, Dr Valentine Clément, Dr Fleury Randrianarison.
- Installation en position assise et différents supports de protection cutanée septembre 2006: Unité Mobile de Coordination Adultes des Soins de Suite et Réadaptation CHU de St Etienne Service de Médecine Physique et Réadaptation.
- Conseils pratiques d'installations des patients âgés dépendants : guide à l'usage des soignants. RIDUL (Rencontres Innovation Des Unités de soins de longue durée en Lorraine).

### Ces différentes enquêtes ont permis de mettre en évidence les besoins suivants :

- Formation du personnel (médecins, soignants, élèves): critères de bonne installation, les risques et l'utilisation du matériel. Formation dédiée au personnel de jour. Formations appuyées sur des diaporamas présentant des photos de situations concrètes
- Mise en oeuvre d'une procédure de bonne installation au fauteuil en rappelant les 10 critères d'une bonne installation au fauteuil.

- Amélioration du parc de matériels, plus neufs et mieux adaptés. Amélioration de la connaissance sur la bonne utilisation des ces matériels.
- Amélioration de la gestion du matériel de maintien

### **Modalités d'évaluation**

Formations : 70 personnes formées aux cours de 6 réunions de formations entre les 21 janvier et le 14 mars 2008.

Procédure : Affiche résumant grâce à une photo les 10 critères de bonne installation au fauteuil en opposition aux risques entraînés par une mauvaise installation L'affiche est réalisée et en cours d'installation

Matériel : Achat de coussins de maintien en novembre 2007. avec enseignement personnalisé par une kiné auprès du personnel de la bonne utilisation de ce matériel en janvier et février 2008. Support de photos pour expliquer la bonne utilisation de ces coussins affichées dans les secteurs.

Gestion du matériel : Un infirmier sur chaque site est référent du matériel et une aide soignante par étage (7 étages au total), ces personnels sont chargés de la gestion. Ils ont été intégrés au groupe de travail. Un lieu de rangement spécifique a été défini et une fiche de gestion des coussins de maintien pour en assurer la traçabilité a été créée et mise en place en mars 2008.

### **Développements prévus**

A terme il est prévu :

- Nouvelle enquête d'observation tous les ans pour vérifier la conformité des installations aux fauteuils des patients grabataires.
- Suivi des indicateurs d'évènements indésirables : escarres, chutes...
- Réalisation annuelle d'un inventaire du matériel de maintien pour réévaluer les besoins
- Formation annuelle du personnel sur l'installation au fauteuil pour prendre en compte les nouveaux arrivants.

## ***FICHE 6***

**Nom/titre de l'expérience :**

**Projet Bienveillance en EHPAD et USLD du CH Falaise**

**Contact principal**

D. GUILLO : Directrice secteur gériatrie

A. JEANCLAUDE : Responsable qualité et gestion des risques

**Contexte/historique, périmètre**

- 361 lits de gérontologie
- EHPAD St Joseph : 51 résidents
- EHPAD Bernardin : 141 résidents
- USLD St Louis : 84 résidents
- EHPAD Alma : 76 résidents
- Ouverture de 10 lits en court séjour gériatrie le 15/10/2010
- Ouverture EHPAD à Potigny (84 lits) en mars 2011
- Lieux de vie (Bernardin) pour les résidents présentant un comportement d'agitation pathologique
- Des professionnels en souffrance (victimes d'insultes, de violence physique, dégradations de matériels)
- Culture « trop soignante » (maison de retraite faisant partie d'un hôpital et rappel des principes de la bienveillance : la chambre est le domicile de la personne et individualisation de la prise en charge)
- Locaux : architecture ± hôpital

**Historique :**

Projet violence

FEI / violence

Projet de vie 2002/2003

Etat des lieux « Bienveillance » 2009

**Périmètre : tout le secteur de gériatrie**

**Objectifs et principes**

Améliorer la prise en charge et les soins auprès des personnes âgées présentant une démence type Alzheimer avec comportement d'agitation pathologique.

**Principe :**

Améliorer les connaissances des professionnels (médecins, cadres, IDE, ASH, ergo, kiné) sur la maladie d'Alzheimer et les principes premiers de la bienveillance.

## **Méthode**

### **Etapes de travail**

- Formation / action (directrice, médecins, cadres ; IDE, AS, ASH, psycho, ergo, ...)
- 4 jours dans les lieux de travail, tous les professionnels confondus
- Avant la formation, le professionnel donne une liste de résidents ayant un trouble du comportement aigu ; durant la formation formateur et 2 professionnels vont au chevet du résident et appliquent les bases de la formation.
- Bilan à chaque session avec évaluation des résidents (bénéfices)
- Formation des professionnels sur Bernardin et St Louis à partir de 2007 (3 groupes de 12 professionnels par an)
- 6 séances de 1h30 : sensibilisation des professionnels de gériatrie et MCO (153 professionnels) en 2007 et 2008 ; objectifs : Changer le regard des soignants sur la maladie d'Alzheimer notamment par rapport aux troubles du comportement ; Sensibiliser les professionnels par rapport aux techniques de l'humanité

### Suivi des résultats :

- Point faible : pas d'évaluation
- Diminution des fiches d'évènements indésirables par rapport à la violence et les dégradations
- Diminution du Burn out des professionnels
- Les professionnels souhaitent travailler en gérontologie aujourd'hui
- Questionnaire DRH (2010) sur le bien-être au travail : amélioration notable dans le secteur gérontologique

## **Développements prévus**

- Poursuite des groupes de formation : 2 groupes en 2009 et formation d'un cadre référent ; 2 groupes en 2010 et formation d'une IDE référente ; 2 groupes en 2011 et 1 groupe hôpital
- Projet de détacher une IDE référente auprès des EHPAD et USLD à la demande des services
- Création d'un comité de pilotage : Bienveillance / Humanité pour conserver la philosophie et les pratiques

## **Discussion et enseignements**

Proposition d'organiser dans le cadre du réseau, une journée régionale de partage d'expériences par rapport à la bienveillance

# FICHE 7

Nom/titre de l'expérience :

**Démarche de bientraitance en Réanimation**

## Contact principal

**Nom Prénom fonction :** Professeur François FOURRIER. Président du jury de la conférence de consensus commune SRLF SFAR "mieux vivre la réanimation".

**Service et adresse Postale :** Service de Réanimation Polyvalente Hôpital Roger Salengro CHRU 59037 Lille Cedex

**Nom Prénom fonction :** Docteur Isabelle VERHEYDE. Membre du comité d'organisation de la conférence de consensus commune SRLF SFAR "mieux vivre la réanimation" - Directrice Médicale Réseau Santé Qualité

**Service et adresse Postale :** Service de Réanimation Chirurgicale Hôpital Victor Provo 59100 Roubaix - Rue du Général Leclerc BP 10 59487 Cedex Armentières

## Contexte/historique, périmètre

La réanimation a pour objectifs de prévenir et de pallier les défaillances viscérales aiguës déclenchées par la maladie causale ou l'accident et s'adresse à **des malades graves dont la vie est mise en péril à court terme**. Les techniques nécessaires à la prise en charge de ces malades (monitorage, ventilation mécanique, épuration extra-rénale, circulation extracorporelle, nutrition artificielle) ont permis d'améliorer significativement le pronostic global des patients admis en réanimation.

Mais **la réanimation est une agression** :

- **pour les patients** : ils doivent y subir l'application sécurisée des techniques de suppléance et accepter une situation de totale dépendance. Cette situation est source de multiples inconforts et peut induire un état de stress post-traumatique intense.
- **pour les familles** : les proches sont soumis, parfois très brutalement, à l'angoisse de la disparition possible d'un être cher, et sont confrontés à un milieu hospitalier choquant dans lequel l'humanité peut paraître absente ou négligée, parce que la technicité des soins, les impératifs de sécurité et de surveillance créent des conditions de vie très difficiles.
- **pour les personnels soignants** : ceux-ci sont constamment confrontés aux possibilités d'échec, aux difficultés de fonctionnement, de communication et de ressources. La conséquence peut en être un épuisement professionnel qui concerne une part importante des personnels soignants.

Conscientes de ces travers, les équipes de réanimation se sont orientées vers la mise au point de techniques de suppléance moins invasives et l'application de procédures de démarche qualité pour la prévention des événements porteurs de risque. **L'enjeu de la réanimation** aujourd'hui est ainsi de prendre en charge ces patients graves dans les meilleures conditions médico-techniques, en favorisant leur bien-être et sans diminuer le niveau de sécurité. La prévention de l'inconfort et des nuisances, le respect de l'intimité des préférences et de

l'autonomie, l'accueil et l'accompagnement personnalisé des familles, la qualité de l'information et son accessibilité, toutes ces pratiques visent à promouvoir la **bienveillance en réanimation**.

En novembre 2009, la Société de Réanimation de Langue Française (SRLF) et la société Française d'Anesthésie-Réanimation (SFAR) ont organisé conjointement une conférence de consensus sur le thème général « Mieux vivre la Réanimation ».

Cette conférence a élaboré de nombreuses recommandations à partir de cinq thématiques.

Identifier les obstacles au « mieux vivre » pour les patients, les proches et les soignants,

Améliorer l'environnement en réanimation en développant des procédures et des modalités pratiques limitant les agressions physiques et psychiques

Développer les soins, les techniques, et les organisations soignantes qui améliorent la qualité de vie des patients au cours de leur séjour et après leur sortie,

Améliorer les stratégies de communication entre patients, soignants et familles mais aussi au sein des équipes soignantes,

Personnaliser les processus décisionnels pour le consentement aux soins, les procédures de limitation des traitements actifs et les fins de vie.

Le jury du consensus a ainsi rédigé 22 recommandations fortes, soutenues par le niveau de preuves maximal des études de niveau 1A ou B et qui **constituent un faisceau cohérent de pratiques soignantes qui touchent aux principaux domaines de la bienveillance** : amélioration de l'environnement, délivrance de soins favorisant le mieux vivre, intégration des familles, amélioration de la communication et personnalisation du processus décisionnel. Certaines de ces recommandations ne peuvent être satisfaites qu'en réalisant des changements de structure ou architecturaux. En revanche un faisceau plus limité de recommandations majeures peut être mis en place à la condition qu'une politique de service priorise la démarche de bienveillance.

Recommandations principales de la conférence de consensus

**Recommandations pour les patients** : il faut.....

- Respecter l'intimité lors des soins
- Favoriser la personnalisation de la chambre du patient et l'orientation dans le temps et l'espace
- Réduire le bruit dans l'unité de soins
- Dépister et traiter la soif, la douleur et l'agitation
- Prescrire et limiter la contention aux situations d'insécurité majeure
- Pratiquer une réhabilitation physique précoce

**Recommandations pour les familles** : il faut...

- Que les familles reçoivent un livret d'accueil dédié à la réanimation
- Que la personne de confiance ou référente soit clairement identifiée
- Que l'équipe soignante soit clairement identifiée
- Que les visites des familles soient rendues possibles sans limitation
- Que la participation des familles au processus décisionnel soit accompagnée

**Recommandations pour les personnels** : il faut...

- Repérer les situations d'épuisement professionnel

## **Méthode**

Fiches d'action de la démarche de bienveillance en réanimation

Prérequis: Identifier une équipe médico-soignante au sein du service et désigner un animateur principal. Réalisation de « fiches action » traitant des thématiques particulières à la réanimation reprenant les recommandations fortes de la conférence de consensus

Propositions de « fiches actions »

### **Vis-à-vis des patients**

- Communication avec les patients lors des soins (disposer d'outils de communication adaptés aux patients): recherche de signes de douleurs, d'angoisse, de manque de sommeil, de soif. Explication et réévaluation quotidienne de la contention.
- Respect de la nudité et de l'intimité (tant physique que psychologique) des personnes
- Ne pas « oublier » le patient lors des soins ; éviter les discussions inappropriées
- Respecter le cycle veille sommeil, (lumière, bruit, gestion des alarmes)
- Prise en charge des personnes très âgées, démentes, ou aux facultés de communication perturbées, éviter d'infantiliser .
- Mettre en œuvre au sein du service une réhabilitation précoce en utilisant les compétences des kinésithérapeutes du service.

### **Vis-à-vis des familles**

- Accueil des familles : importance de la première rencontre (en salle d'accueil, identifier la personne de confiance ou référente, un médecin référent, l'infirmière en charge du patient ; livret d'accueil spécifique au service remis systématiquement avec explications).
- Permettre et favoriser la personnalisation de la chambre (photos , livre de bord, musique).
- Permettre des visites plus faciles et aux horaires élargis; prise en compte des problèmes particuliers des familles : heure de travail, éloignement.
- Participation et information des familles lors de prise de décision, lors d'évènements intercurrents, lors de la prise en charge, si aggravation de l'état clinique, si nécessité d'exams complémentaires invasifs ou d'un acte chirurgical.

### **Vis a vis du personnel soignant médical et paramédical**

- Identifier les freins structureaux et psychologiques aux différentes recommandations
- Pratiquer une enquête et une analyse de l'avis du personnel sur les points principaux du changement
- Mettre en place un groupe de travail sur la souffrance du soignant piloté par un(e) psychologue : groupe de parole, prise en charge psychologique et coopération avec la médecine du travail.
- Communications multiples intra et extra établissement : profiter du retour d'expérience (benchmarking inter services)
- Favoriser les publications sur le sujet et la présentation des résultats dans les congrès.

## **Eléments de suivi principaux résultats**

- Enquête de satisfaction « patients » : A chaque sortie remise d'un questionnaire adapté reprenant les principaux items des recommandations fortes: douleur, soif, angoisse, sommeil, bruit, respect de l'intimité de la dignité, explications données sur la prise charge, l'accès aux proches.

- Enquête de satisfaction « familles » : questionnaire reprenant les items des recommandations fortes.
- Analyse régulière des questionnaires avec retour à tout le service lors des réunions de service.
- Mise en place d'actions d'amélioration selon les résultats.
- Diffusion à tout le service des témoignages de satisfaction et d'insatisfaction des familles et des patients.
- Indicateur épuisement professionnel : arrêts maladie ; turn over du personnel soignant dans le service
- Recommandation pour les Praticiens Hospitaliers de s'inscrire dans la démarche d'Evaluation des Pratiques Professionnelles validée par les 2 sociétés savantes suite à la conférence de consensus.

# FICHE 8

## Nom/titre de l'expérience :

**Implémentation des techniques « patient mystère » au sein du groupe Bordeaux Nord Aquitaine pour mener une amélioration de la qualité de l'accueil**

## Contact principal

**Nom Prénom fonction** : Sylvie Ribet

**Service et adresse Postale** : Direction qualité 15 à 35 rue Claude Boucher – 33000 Bordeaux.

**Téléphone** : 05.56.43.76.14

**Email** : s.ribet@bordeauxnord.com

## Contexte/historique, périmètre

Le groupe bordeaux Nord est un groupe hospitalier privé comportant 9 établissements de santé MCO + 1EHPB principalement situés sur l'agglomération bordelaise.

Cette démarche a été initiée en Mai 2009 par la Direction générale du Groupe qui considère comme essentielle la 1ere prise de contact du public dans l'entreprise que cela se fasse par appel téléphonique, ou contact physique à la banque d'accueil ou via le site internet

## Objectifs et principes

Mesurer les réactions de l'organisation mise en place dans 7 établissements du groupe face à plusieurs scénarios de demandes de renseignements pouvant être formulés par les patients, famille, demandeurs d'emploi et public.

## Méthode

Une équipe de faux patients « patient mystère » vont soit se présenter directement aux accueils dans les établissements, soit contacter par téléphone ou via le site internet les accueils, standards téléphoniques ou contact mel pendant une période préalablement définie ( WE compris )

Une banque de 20 scenarios d'appel avec des réponses idéales attendues ont été élaborés.

Des courriels ont été adressés via le site internet du groupe :

rubrique RH : Demande d'emploi

rubrique qualité : Demande de renseignements

### **Eléments de suivi principaux résultats**

3 Critères retenus au niveau des appels :

- Qualité de la réponse perçue par l'enquêteur par rapport à sa demande (notée de 1 à 5 , 5 étant la meilleure note.
- Réponse donnée versus réponse idéale : notée de 1 à 5 (5 étant la meilleure note).
- Critères quantitatifs : attente avant décroché, délai de réponse et autres critères qualitatifs : formule d'accueil, sourire au téléphone, et satisfaction par rapport à la demande : notée de 1 à 5, 5 étant la meilleure note.

Quelques résultats :

113 appels mystères réalisés

La qualité de la réponse perçue varie selon les structures : mais scores relativement bons  
 $3.75 < M < 4.67$

Les résultats des réponses données / réponses idéales sont plus insatisfaisantes  
 $2.64 < M < 3.87$

Note globale de l'accueil :  $3.27 < M < 4.16$

Remarques :

On ne sourit au téléphone que dans 37% des cas

L'accueil téléphonique semble plus performant le WE par rapport à la semaine :  
score moyen de satisfaction globale de 3.88 (WE)/ 3.81 (semaine)

Qualité appels WE = 4.62 / la semaine = 4.06

Les résultats ont été présentés à l'équipe de directeurs du groupe et repris localement dans les réunions de la CRUPECQ avec les représentants des usagers.

### **Développements prévus :**

Définir une stratégie d'accueil des patients du groupe Bordeaux Nord fixant des objectifs à atteindre en matière de qualité de l'accueil et d'avantages concurrentiels à développer en allouant des ressources nécessaires : Plan de formation, mise à jour du site web etc...

L'action mise en place est intégrée dans les axes du plan de formation du groupe Bordeaux Nord. Elle est actuellement en cours :

Formation du personnel des accueils des établissements : 20 personnes environ

2 X 2 jours : 23 et 24/09/2010 et 9 et 10/12/2010

Thème de la formation : « Bien accueillir c'est déjà prendre soin »

### **Discussion et enseignements**

Le plan d'action a été long à mettre en œuvre.

Il semble nécessaire de pérenniser l'action de formation en 2012 car le changement comportemental risque d'être long et il est nécessaire de former l'ensemble des équipes.

Formation perçue initialement comme une punition par le personnel puis qui a finalement donnée une grande satisfaction aux participants.

Une nouvelle mesure est envisagée fin 2012.

# FICHE 9

**Nom/titre de l'expérience :**

**Organiser la réflexion éthique et l'éthique clinique**

## **Contact principal**

**Nom Prénom fonction :** Philippe JEAN, Directeur adjoint chargé des affaires médicales et des droits des patients

**Service et adresse postale :** Centre Hospitalier de Pau – 4, Bld Hauterive – 64046 PAUCEDEX

**Téléphone :** 05 59 92 49 69 (secrétariat) (Perso : 06 81 10 41 28)

**Courriel :** [philippe.jean@ch-pau.fr](mailto:philippe.jean@ch-pau.fr) jean111@wanadoo.fr

La démarche éthique développée au Centre hospitalier de Pau depuis 1998 comporte deux versants distincts :

1.- La création et le développement d'un groupe de réflexion sur les questions d'éthique hospitalière (dans un avenir proche dans une dimension territoriale, mentionnée dans le Projet médical du territoire, adopté en septembre 2010) ;

2.- L'instauration d'une démarche d'éthique clinique au service des professionnels en difficulté éthique dans la prise en charge des patients

## **Partie 1.- L'organisation de la réflexion sur les questions d'éthique hospitalière**

### **Contexte/historique, périmètre**

Le Centre hospitalier de Pau a créé en 1998 un groupe de travail sur l'éthique hospitalière après avis conforme de la Commission médicale.

Ce groupe de travail a été transformé en groupe de réflexion sur les questions d'éthique hospitalière, à la suite de la promulgation de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des patients, par délibération du Conseil d'administration, en application de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 6111-1 du Code de la santé publique aux termes duquel les établissements de santé (publics et privés) « *mènent , en leur sein, une réflexion sur les questions éthiques posés par l'accueil et la prise en charge médicale.* »

## Objectifs et principes

Son objectif est d'offrir un lieu d'écoute et de débat (respectueux des différentes orientations religieuses, philosophiques). Il n'est pas un Comité consultatif d'éthique, chargé d'émettre des avis généraux ou des avis sur des questions touchant à la protection des personnes (recherche biomédicale). Il doit se préoccuper de l'éthique au quotidien, répondant aux préoccupations des patients et des professionnels (de toutes les filières !).

Au cours des années, le groupe de travail puis le groupe de réflexion s'est réuni régulièrement (environ trois fois par an) et a abordé les thèmes suivants :

- le refus de soins dans les urgences vitales pour raisons religieuses
- l'accompagnement en fin de vie et le passage aux soins palliatifs (quels critères de décision ?)
- Ethique et fin de vie
- Ethique au quotidien
- La contention des personnes âgées
- A la demande de la famille, peut-on se passer de l'information au patient du fait de son grand âge ?
- La problématique du consentement du patient
- La réanimation du nouveau-né très prématuré
- Ethique et secret médical
- Laïcité et service public hospitalier (signes ostensibles d'appartenance)
- l'accès du patient à l'information le concernant depuis la loi du 4 mars 2002
- Les nouvelles figures du soin
- Mise à jour du fonctionnement du groupe Ethique clinique
- Information sur la Loi LEONETTI
- La parole du dément
- Procédure de sécurisation de l'identification du patient au CH de Pau

Un seul avis formel a été émis, à la demande du Directeur de l'établissement, sur la question de l'identification systématique des patients par le port d'un bracelet pour des motifs de sécurité sanitaire.

## **Méthode**

### **a) Composition du Groupe : pluridisciplinaire, ouvert sur la société civile**

### **b) Fonctionnement du groupe**

Le groupe de réflexion ne produit pas, sauf exception, de compte-rendu, de procès verbal.

Le thème de réflexion de la séance est annoncé à l'avance (mentionné dans l'ordre du jour joint à l'invitation à la réunion).

Un rapport introductif est présenté par l'un des membres du groupe (ou, éventuellement, une personne extérieure).

Il s'en suit une discussion, un échange, entre les membres du groupe, dans un climat de libre expression (mais respectueux des personnes).

## **Eléments de suivi principaux résultats**

Rapports introductifs présentant les points de discussion inscrits à l'ordre du jour

## **Développements prévus**

Une démarche d'extension de ce groupe de réflexion a été engagée au niveau du territoire de santé de Pau en mars 2010 à la demande du Directeur du Centre de long séjour de Pontacq-Nay. Cette démarche a été confirmée lors de la réunion du 28 mai 2010.

Quelques interrogations ont surgi sur la pertinence d'une structure unique couvrant et le secteur sanitaire et le secteur médico-social :

en raison de la spécificité supposée des deux secteurs : en conclusion, elle ne paraît pas évidente et la rencontre des deux versants du sanitaire et du social pourrait être enrichissante.

En raison du nombre d'établissements : la réserve « quantitative » est liée à la nécessité de conserver un espace permettant un échange effectif.

A titre expérimental, il a été proposé d'inviter à la prochaine réunion les participants à la réunion du 28 mai qui seraient plus particulièrement motivés (et disponibles).

Compte tenu du nombre limité de « personnes ressources » sur le territoire, l'élargissement du groupe de réflexion palois pourrait être une expérience intéressante.

## Partie 2 La démarche d'éthique clinique

### Contexte/historique, périmètre

Cette démarche a pour objet d'apporter des éléments de réponse ou des indications à des questions formulées par des équipes médicales ou soignantes affrontant des situations difficiles sur le plan éthique.

Une première démarche, antérieure à la Loi Léonetti, avait été mise en place, inspirée par le rapport sur l'éthique clinique de Mme Véronique Lenoir (Assistance publique – Hôpitaux de Paris). A été instaurée, dans l'établissement, en 2004, une Cellule d'éthique clinique.

A la suite de la publication des décrets d'application de la loi Léonetti relative aux droits des malades et à la fin de vie, une révision de la procédure d'éthique clinique a été engagée en février 2010, à la suite de la publication du décret n° 2010-107 du 29 janvier 2010, modifiant l'art. R. 4127-37 du Code de la santé publique.

Cette nouvelle rédaction renforce les droits des patients et de leur proche dans la mise en œuvre de la procédure collégiale en fin de vie. Mais la procédure collégiale demeure médicale : l'équipe médicale qui le souhaite fait appel à un médecin extérieur à l'équipe pour recueillir un avis motivé sur une question d'éthique clinique en fin de vie.

### Objectifs et principes

#### a) Démarche d'éthique clinique (2004)

#### **§ I.- CREATION ET MISSIONS DE LA CELLULE D'ETHIQUE CLINIQUE**

Il est créé au Centre Hospitalier de PAU une Cellule d'éthique clinique offrant la possibilité de répondre de façon urgente ou "semi-urgente" à des demandes précises d'avis et de réflexions formulées par un médecin/une équipe médicale (et soignante) face à un questionnement éthique majeur à l'occasion de la prise en charge d'un patient.

#### b) Actualisation 2010

Au cours de sa séance du 16 mars 2004, la Commission Médicale d'Etablissement avait émis à l'unanimité, un avis favorable à la constitution d'une cellule d'éthique clinique (avis n° 9/2004 et document préparatoire n° 5, formalisée par la décision n° 17/2004 du 26 mars 2004).

Cette cellule avait pour objet d'offrir la possibilité de répondre de façon urgente ou « semi-urgente » à des demandes précises d'avis et de réflexions formulés par un médecin/une équipe médicale (et soignante) face à un questionnement éthique majeur à l'occasion de la prise en charge d'un patient.

Il s'avère que dans la plupart des cas de saisine de cette cellule, apparaît une question liée à la fin de vie, lorsqu'un médecin envisage de ne pas entreprendre ou de suspendre des soins qui paraissent inutiles ou disproportionnés.

Or, depuis la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la nouvelle rédaction du code de déontologie médicale : article R. 4127-37 du Code de la santé publique, cette situation doit donner lieu à une procédure collégiale d'éthique clinique, permettant au médecin ou à l'équipe soignante concernée de saisir un médecin consultant extérieur au service pour recueillir son avis.

De ce fait, si l'activité de la cellule d'éthique clinique pouvait se poursuivre sur différentes interrogations éthiques des équipes faisant face à des cas concrets complexes, l'approche de la fin de vie doit être prise en compte dans le cadre particulier prévu par le Code de déontologie médicale, sans sa rédaction nouvelle, issue du décret du 29 janvier 2010.

Conformément aux dispositions du 1° de l'article R. 6144-2-1 du Code de la santé publique, relatif à la réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et à la prise en charge médicale, la Commission médicale a arrêté les dispositions visant à faciliter la mise en œuvre de la procédure collégiale.

## **Méthode**

### **a) Dispositif arrêté en 2004**

## **§ II.- MODALITES DE FONCTIONNEMENT DE LA CELLULE D'ETHIQUE CLINIQUE**

### **2.1.- Référents**

Parmi les membres du groupe de réflexion sur les questions d'éthique hospitalière, certains acceptent d'être désignés comme référent volontaire inscrit sur un tableau de permanence (par période d'une ou deux semaines) susceptibles d'être saisi à bref délai (quelques heures...) par le standard du Centre Hospitalier en cas de saisine par un médecin (ou une équipe médicale/soignante) désireux de recueillir un avis dans les conditions fixées au § I.-

### **2.2.- Liste des membres de la cellule d'éthique clinique**

Le référent, une fois saisi, sollicite deux ou trois personnes issues du groupe de réflexion sur les questions d'éthique hospitalière, institué par le point 122-3 du Règlement intérieur du Centre Hospitalier de PAU du 3 juillet 2003, pour constituer à bref délai (moins de 24 heures) un groupe ad'hoc capable de se réunir pour aider le médecin / l'équipe médicale dans une réflexion éthique face à un problème concret et précis. Dans toute la mesure du possible, ce comité ad'hoc comprend un médecin hospitalier, un hospitalier non médical, un extra hospitalier.

### **2.3.- Suivi éventuel**

Le cas échéant, le suivi d'un cas clinique traité par un groupe ad'hoc pourra être effectué en réunion régulière du groupe de réflexion sur les questions d'éthique hospitalière.

## **§ III.- REGLES DE FONCTIONNEMENT DE LA CELLULE D'ETHIQUE CLINIQUE**

### **3.1.- Rôle consultatif**

Le groupe ad'hoc a un rôle consultatif : il propose une réflexion, il émet des avis, mais la décision finale demeure de la compétence exclusive du médecin (de l'équipe médicale) qui a sollicité l'avis ou des éléments de réflexion.

### **3.2.- Secret professionnel**

Les personnes impliquées dans la procédure sont tenues de respecter le secret médical tel régi par l'article 226-13 du code pénal, l'article 26 du Titre Ier du statut général des fonctionnaires, l'article 4 du décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995 portant Code de déontologie médicale, l'article 4 du décret n° 93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles infirmières<sup>2</sup>.

Il sera procédé à l'anonymisation absolue des données individuelles permettant d'identifier un patient.

### **3.3.- Confidentialité et discrétion**

La procédure demeure sous le sceau de la confidentialité. Les personnes impliquées s'engagent à ne pas divulguer la teneur des débats, les positions prises par chacun au sein du groupe ad'hoc.

### **3.4.- Responsabilité et collégialité**

La contribution à la réflexion, l'expression d'un avis engage la responsabilité collégiale des personnes qui y ont participé.

### **3.5.- Traçabilité**

Il sera conservé une fiche rendant compte de façon synthétique de la saisine de la cellule d'éthique clinique. Cette fiche (anonymisée) comportera, le cas échéant, les indications bibliographiques et documentaires auxquelles la cellule aura eu recours.

### **b) Actualisation 2010**

#### **L'éthique clinique en fin de vie : mettre en œuvre la procédure collégiale**

1. - En vue d'assurer effectivement la possibilité de mise en œuvre de la procédure collégiale dans les conditions prévues à l'article R. 4127-37 du Code de la santé publique, une liste de praticiens motivés par les questions d'éthique médicale est établie. Y sont inscrits les praticiens volontaires qui en font la demande auprès du Président de la Commission médicale.

<sup>2</sup> Ces références, valides en 2004, doivent être actualisées depuis leur insertion, en 2005, dans la partie réglementaire du Code de la santé publique

2. – Sur cette liste, outre l'identité des praticiens, figure leurs coordonnées permettant un contact dans des délais brefs (par téléphone fixe ou cellulaire, ou courrier électronique).

Les praticiens inscrits sur cette liste s'engagent à se rendre disponible, dans toute la mesure du possible, en cas de sollicitation en vue d'une réunion d'éthique clinique.

3. – Le praticien ou l'équipe médicale et soignante qui éprouve le besoin d'engager la procédure collégiale choisit librement le médecin consultant. Il peut, à cet effet, avoir recours à la liste susmentionnée.

4. – Le médecin consultant prend connaissance de la situation médicale et sociale du patient en faveur duquel la procédure est engagée. Après échanges et concertation avec le demandeur, il émet un avis motivé. Cet avis est versé au dossier médical du patient.

### **Eléments de suivi principaux résultats**

Rien n'est formalisé à ce jour.

La procédure collégiale devra faire l'objet d'une traçabilité dans les dossiers patients.

Exemple d'un cas discuté. Patient hospitalisé en réanimation, âgé de 55 ans. Il présente comme antécédent un traumatisme crânien avec perte de connaissance à 20 ans dont il a gardé d'importantes séquelles avec retard mental. Il est peintre dans un Centre d'aide par le travail.

Le patient est conscient mais mutique et paralysé. Il présente des troubles du rythme avec un sepsis s'installant. L'IRM révèle un anévrisme géant et une ischémie du bulbe.

La question posée par le service de réanimation est la suivante : si une complication surgit dans la prise en charge, faut-il engager un traitement ou se limiter à des soins de confort ?

L'avis du comité a été le suivant : poursuivre l'antibiothérapie. En cas de complication vitale, contraindication de toute manoeuvre de réa.

### **Développements prévus :**

La mise en œuvre locale au Centre hospitalier de Pau consiste :

- d'une part à une information intelligible sur les différents aspects de la procédure collégiale ;
- d'autre part à la constitution d'une liste de médecins motivés par les questions d'éthique médicale et acceptant d'être sollicités par leurs confrères.

Cette nouvelle procédure, adoptée par la Commission médicale en octobre 2010, est susceptible d'être proposée aux médecins des autres établissements qui le souhaitent dans le cadre de la démarche territoriale.

## ***FICHE 10***

**Nom/titre de l'expérience :**

**Promotion de la Bienveillance en Franche-Comté  
Evaluation des pratiques professionnelles et Charte bienveillance**

**Contact principal**

**Nom Prénom fonction :** Docteur Patrick NACHIN, Directeur du Requa

**Service et adresse postale :** Requa, 26 rue Proudhon – 25000 BESANCON

**Téléphone :** 0381616815

**Courriel :** [patrick.nachin@requa.fr](mailto:patrick.nachin@requa.fr)

**Nom Prénom fonction :** Patricia MINARY – DOHEN, chargée de mission Requa

**Service et adresse postale :** Requa, 26 rue Proudhon – 25000 BESANCON

**Téléphone :** 0381616815 **Courriel :** [p.minary-dohen@requa.fr](mailto:p.minary-dohen@requa.fr)

**Contexte/historique, périmètre**

La promotion de la bienveillance, notion nouvelle dans le secteur sanitaire s'inscrit aujourd'hui au cœur des démarches d'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients/résidents.

Né dans le secteur médico-social, le concept s'est progressivement annoncé dans le secteur sanitaire. La Haute Autorité de Santé a introduit dans la troisième procédure de certification des exigences pour la mise en œuvre d'une démarche de bienveillance. Selon l'introduction de la référence 10 du manuel de certification V2010, les travaux conduits dans le secteur médico-social ont montré l'intérêt d'une démarche de promotion de la bienveillance dans l'ensemble des structures pour assurer le respect des droits des patients et lutter contre les phénomènes de maltraitance, en particulier celui de maltraitance « passive » ou « institutionnelle ».

La promotion de la bienveillance a également été intégrée aux orientations nationales de formation 2010 et au plan de formation 2010 des établissements relevant de la fonction publique hospitalière.

En Franche-Comté, le Réseau Qualité (ReQua) a participé à ce mouvement par la mise en place d'un groupe projet composé de 11 établissements publics ou privés tout secteur confondu (MCO, SSR, Psychiatrie, SLD, HAD, EHPAD). L'objectif de ce groupe est l'élaboration d'outils permettant la mise en place d'actions d'amélioration en vue de promouvoir une démarche de bienveillance.

Après 3 réunions, les membres du groupe se sont orientés vers :

- la mise en place d'une Evaluation des Pratiques Professionnelles sur la promotion de la bientraitance
- l'écriture d'une charte bientraitance pour la prise en charge des patients / résidents et la rédaction d'un argumentaire d'accompagnement à compléter par chaque établissement par des illustrations à partir des exemples internes identifiés.
- la réalisation d'une mise en commun par un retour d'expérience sous forme d'une journée régionale
- la rédaction d'un manuel d'exemples à partir des actions de promotion de la bientraitance dans les établissements
- l'organisation d'événements promotionnels.

Deux sous-groupes de travail ont ainsi été créés.

### **1<sup>er</sup> sous-groupe : EPP Promotion de la bientraitance**

#### **Objectifs et principes**

L'objectif est d'évaluer la promotion de la bientraitance, auprès de toute personne admise en établissement sanitaire ou médico-social, de la part des professionnels.

Le principe de l'investigation repose sur le remplissage de deux questionnaires, un questionnaire institutionnel et un questionnaire individuel.

Le questionnaire institutionnel est centré sur l'accueil du patient et le recueil de ses attentes, ainsi que sur l'organisation en interne de la promotion de la bientraitance. Il interroge sur le projet d'établissement et les PV d'instances (CA, CME, CRUQPC,...).

Le questionnaire individuel permet de réaliser un état des lieux et amène les agents à s'interroger personnellement sur leurs pratiques et/ou à échanger avec leurs collègues. Il a été construit en s'appuyant d'une part sur les grands principes de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et d'autre part sur le questionnaire « Evaluation de la bientraitance des personnes âgées accueillies en établissements de santé » élaboré par l'Agence Nationale de l'Évaluation et de la Qualité des établissements sociaux et médico-sociaux (ANESM).

## **Méthode**

Le questionnaire institutionnel est à remplir une fois pour chaque établissement participant à l'évaluation. Il est complété par l'équipe responsable de l'établissement : directeur, médecins, cadres,.....

Le questionnaire individuel est rempli par auto-évaluation avec réponses à des questions fermées. Pour faciliter les réponses « objectives », les questionnaires sont anonymes. Il est toutefois procédé à un émargement administratif au retour des questionnaires.

Ce questionnaire est distribué à chaque soignant, à tout agent en *contact* avec les patients/résidents. Il est accompagné d'un guide de remplissage ; sa diffusion au sein des équipes est définie par l'établissement.

L'ensemble des données recueillies pour les deux questionnaires est envoyé au ReQua pour analyse puis est restitué au niveau chaque établissement.

Le ReQua, outre les résultats propres à l'établissement produit une synthèse des résultats compilés et anonymisés pour la région.

## **Éléments de suivi principaux résultats**

Actuellement 4 établissements ont terminé le recueil de données : deux hôpitaux locaux, un Centre Hospitalier Spécialisé et une structure HAD.

Au total, 676 questionnaires individuels retournés

## **Développements prévus**

L'EPP sur la promotion de la Bienveillance a été inscrite dans le programme triennal 2011 – 2013 que le ReQua propose à ses adhérents. Le but est d'une part de faire bénéficier l'ensemble des établissements d'une méthodologie d'évaluation des pratiques de bienveillance, et d'autre part de permettre un questionnement individuel à l'échelon régional de l'ensemble des soignants.

### **Éléments de suivi**

Une nouvelle administration de questionnaires d'auto-évaluation des pratiques sera possible à la demande, auprès des mêmes personnels interrogés lors de la première enquête, mais surtout des indicateurs de suivi sur les items les plus fragiles sont en cours de définition et de déploiement.

Le taux de retour est le premier indice d'adhésion des établissements et des professionnels à la promotion de la bienveillance.

Un suivi est réalisé régulièrement et un accompagnement personnalisé est proposé à l'établissement.

## 2<sup>ème</sup> sous-groupe : EPP Promotion de la bientraitance

### **Objectifs et principes**

L'objectif de la charte est de développer les grands principes à respecter afin de garantir la promotion de Bientraitance chez les patients/résidents et d'en faciliter l'adoption par chaque agent.

La législation, notamment la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a servi de support à l'élaboration de la charte.

### **Méthode**

Une liste de grands principes fondamentaux pouvant être inclus dans une charte bientraitance avait été adressée aux personnes du groupe de travail. Il était demandé aux participants de classer par ordre de priorité allant de 1 à 10 les points qui leur semblaient incontournables à inscrire dans une charte bientraitance.

### **Eléments de suivi principaux résultats**

Au total neuf principes ont été retenus et validés par les membres du groupe de travail. Par ailleurs, un document reprend chaque principe énoncé dans la charte. Il décline les applicatifs de chaque item afin d'éclairer les agents. Une appropriation par service, par unité sera réalisée en apposant au niveau de chaque principe des exemples identifiés à partir de la pratique quotidienne.

### **Développements prévus**

Au sein des établissements et selon leur choix, le déploiement de cette charte pourra se faire :

- soit comme action en réponse à l'EPP
- soit directement comme accroche pour la mise en place d'une politique Bientraitance dans l'établissement.

Une aide à la mise en place de la charte pourra être organisée avec l'aide du ReQua, afin que chacun prenne conscience de la promotion de la bientraitance au quotidien.

Par ailleurs, pour optimiser l'appropriation certains établissements ont adopté l'idée d'adosser à leurs instances un comité bientraitance.

### **Discussion et enseignements**

- Les membres du groupe projet ont évoqué la possibilité d'organiser des journées portes ouvertes bienveillance leur permettant de valoriser le personnel et de s'ouvrir sur l'extérieur de manière positive.
- La forte implication des professionnels pour le remplissage des questionnaires est un signe d'intérêt pour le sujet largement ancré au cœur des professions de santé.
- Les retours permettent de constater que toutes les catégories professionnels sont interpellées par le sujet d'une manière positive alors que la maltraitance reste un sujet plus emprunts de méfiance.

# FICHE 11

**Nom/titre de l'expérience :**

**Axe stratégique de la politique de soins : les valeurs du prendre soins et promouvoir la bientraitance**

## **Contact principal**

**Nom Prénom fonction :** DURAND Luc, Directeur des Soins – Coordonnateur Général

**Service et adresse Postale :** CHU de Bordeaux – Direction Générale  
12, Rue Dubernat  
33400 – TALENCE CEDEX

**Téléphone :** 05.56.79.53.15

**Email :** [luc.durand@chu-bordeaux.fr](mailto:luc.durand@chu-bordeaux.fr)

## **Contexte/historique, périmètre**

CHU DE BORDEAUX : 3300 lits ; 14.000 agents ; 3 sites hospitaliers ; 21 pôles d'activités  
La démarche institutionnelle a été initiée fin 2009, dans le cadre des réflexions de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-techniques (CSIRMT) et du Projet d'Etablissement 2011-2015

## **Objectifs et principes**

- Le dispositif mis en place vise à :
  - ⇒ Formaliser une orientation stratégique du Projet d'Etablissement qui traduit une ambition collective pilotée et coordonnée par la Direction de l'Etablissement
  - ⇒ Assurer la coordination de l'ensemble de la démarche en lien avec les préconisations de l'HAS
  - ⇒ Sensibiliser l'ensemble des professionnels de santé à la prévention de la maltraitance et à la promotion de la bientraitance dans les situations de soins
  - ⇒ Elaborer un état des lieux permettant d'identifier les situations et les facteurs de MaltraitanceHarmoniser les pratiques et favoriser le partage et le décloisonnement entre les secteurs mais également entre les équipes (jour/nuit – médecins /IDE...)
- Les principes :
  - ⇒ Intégrer l'ensemble des logiques médicales, paramédicales, administratives dans le dispositif
  - ⇒ Définir un dispositif de communication pour l'ensemble des agents du CHU
  - ⇒ Elaborer des plans d'actions concrètes et réalisables à moyen terme sur la base de pratiques identifiées par les secteurs d'activités avec calendrier de mise en œuvre, indicateurs de suivi et évaluation

## Méthode

- Constitution d'un comité de pilotage intégrant des représentants de la CME, de la CSIRMT, des associations d'usagers, de la Direction de la Clientèle et de la CRUQ, des Cadres de Santé de tous secteurs cliniques
- Désignation d'un organisme de formation afin d'apporter une expertise sur la thématique de la maltraitance (approche juridique, psychologique et clinique) et pour élaborer conjointement avec le comité de pilotage un dispositif de formation décliné pour l'ensemble des professionnels paramédicaux de l'Institution :
- Axe 1 : mission d'appui au lancement de la démarche (personnels d'encadrement)
  - ⇒ Informer, communiquer et transmettre les informations à l'ensemble des professionnels sur le dispositif de formation
  - ⇒ Développer le concept de bientraitance (aspect juridique, éthique)
  - ⇒ Favoriser les partages d'expériences autour de cette thématique
- Axe 2 : implication de l'encadrement médical et paramédical
  - ⇒ Favoriser l'appropriation de la démarche par l'encadrement médical et paramédical
  - ⇒ Permettre à l'encadrement de déterminer les modalités d'application des actions identifiées
  - ⇒ Accompagner les équipes de soins vers une culture de la bientraitance et du respect de la personne
  - ⇒ Identifier le rôle et la responsabilité de l'encadrement dans les situations de soins et les organisations susceptibles de générer de la maltraitance
- Axe 3 : évaluation des pratiques de soins
  - ⇒ Favoriser les partages d'expériences autour de cette thématique
  - ⇒ Identifier et analyser des situations de soins
  - ⇒ Evaluer l'impact de la formation sur l'organisation et les pratiques de soins
  - ⇒ Formaliser un référentiel de bonnes pratiques
  - ⇒ Promouvoir la réflexion éthique, notamment pour les patients en fin de vie, les mesures de contention et les situations de refus de soins

## Eléments de suivi principaux résultats

- Le comité de pilotage se réunit 4 fois par an, analyse les évaluations des formations organisées et réajuste si besoin, intègre les dispositions et les réflexions nationales en matière de prévention de la maltraitance. De plus, le comité de pilotage assure la coordination de la démarche de certification (chapitre 2, réf. 10)
- Intégration du dispositif dans le plan de formation de l'Etablissement
- Formalisation de l'orientation n°1 du projet de soins La définition des principes de bientraitance et de ses applications constituent le fondement des pratiques de soins. Il est privilégié la mise en œuvre d'un dispositif visant à promouvoir une culture de la bientraitance qui s'articule autour de 3 axes principaux :
  - ⇒ La place du patient dans le parcours de soins
  - ⇒ La qualité de la relation entre le patient, son entourage et le professionnel
  - ⇒ Le soutien à l'encadrement et aux professionnels

### **Développements prévus**

- Etablir les liens avec la réflexion du groupe éthique
- Communication large dans le cadre du Projet d'Etablissement 2011-2015
- Participation aux réflexions et colloques organisés au plan national et au plan régional en lien avec le CCECQA et le territoire de santé

## ***FICHE 12***

**Nom/titre de l'expérience :**

**Initialisation d'un groupe de travail sur les directives anticipées en HAD**

**Contact principal**

**Nom Prénom fonction :** Mme Zabouda Crêtenet

**Service et adresse Postale :** Directrice des Soins HAD Soins & Santé

Rue Maryse Bastié

69140 Rillieux-la-Pape

**Téléphone :** 04 72 27 23 61

**Email** z.cretenet@hadlyon.asso.fr

**Contexte/historique, périmètre**

Cette action s'inscrit dans la continuité des travaux menés dans le cadre d'une EPP sur la prise en charge de la SLA (Sclérose Latérale Amyotrophique) et fait suite à la visite des experts de la HAS lors de la certification V2.

Il avait été demandé à la structure de disposer de son propre formulaire de directives anticipées pour les patients entrant en HAD, n'ayant pas formulé de souhaits mais susceptibles de le faire.

Il s'agit d'une démarche visant l'ensemble des patients de la structure.

**Objectifs et principes**

Objectifs de prévention :

- Permettre aux patients d'exprimer leurs souhaits quant à leur fin de vie
- Identifier les patients qui souhaitent rédiger leurs directives anticipées

Démarche pédagogique :

- Encourager les professionnels de santé à aborder ce sujet avec les patients
- Prendre en compte les lois en vigueur afin d'élaborer un document juridiquement conforme.

**Méthode**

Le groupe de travail constitué est sollicité par la cellule qualité pour :

- poursuivre le travail sur le recueil des directives anticipées
- et des mesures d'amélioration proposées lors la certification V2.

### **Composition du groupe :**

Médecin coordonnateur ; cadre de santé ; Assistante sociale ; infirmière coordinatrice ; cellule qualité

### **Etapas de travail :**

- Présentation au groupe de l'objectif de travail et des obligations législatives en rapport avec le thème lors de la 1<sup>ère</sup> réunion de travail
- Définition d'une procédure de rédaction des directives anticipées et du formulaire de rédaction lors des réunions suivantes
- Définition de la méthode de diffusion

### **Modalités d'évaluation**

- Remplissage du formulaire de rédaction des directives anticipées par la patient (personne de confiance ou témoins)
- Présentation des résultats en RCP, CME et en CRU
- Planification d'actions d'améliorations dans le plan d'actions annuel

### **Communication**

Suivi d'étapes et présentation des résultats de la démarche :

- Information aux professionnels de santé salariés lors d'une RCP
- Documents mis à disposition des salariés dans la base documentaire informatisée de l'établissement
- Information orale délivrée aux patients par les médecins coordonnateurs.

.

### **Eléments de suivi principaux résultats**

Le travail s'est terminé en novembre 2009. Il a permis la mise en place d'une procédure et d'un formulaire de rédaction des directives anticipées.

Les premiers constats font apparaître plusieurs éléments:

- Les professionnels de santé de la structure sont alertés lorsqu'un patient a émis ses directives anticipées.
- Il s'agit d'une démarche habituellement déployée en institution et peu commune en hospitalisation à domicile, bien que la prise en charge des patients en fin de vie y soit tout aussi fréquente.
- Difficulté pour les soignants d'évoquer la démarche de directives anticipées auprès des patients mais également auprès des témoins et de la personne de confiance (car ces personnes ne sont pas toujours présentes au domicile du patient et qu'il s'agit d'un sujet difficile à aborder).

### **Développements prévus**

- Il a été fait la demande à l'éditeur du logiciel du dossier informatisé d'ajouter un onglet de couleur comprenant les fiches SAMU et les directives anticipées du patient afin de faciliter la recherche de cette information en cas d'urgence.
- La démarche sera présentée en Commission de Relation avec les Usagers.

### **Discussion et enseignements**

#### **Facteurs favorisants :**

Le groupe de travail s'inscrit dans la logique de continuité du travail préalablement réalisé durant l'EPP SLA.

Le processus de rédaction des directives anticipées ainsi que le formulaire de rédaction ont été élaborés par des professionnels de santé de terrain, prenant compte du cadre législatif.

#### **Les limites :**

Aucune possibilité pour le médecin coordonnateur d'avoir un accès simplifié directement aux directives anticipées du patient dans le dossier informatisé.

Il est nécessaire que le médecin coordonnateur (ou le médecin traitant) consacre auprès du patient pour le remplissage du formulaire.