



EHESP

Filière Directeur des soins

Promotion : **2008**

Date du Jury : **Septembre 2008**

**L'évaluation des pratiques
professionnelles :
un outil au service de la bientraitance**

Evelyne BLONDET

Remerciements

Je remercie toutes les personnes qui m'ont accompagné dans la réalisation de ce travail et particulièrement les professionnels qui ont accepté de répondre à mes questions, pour leur sincérité et l'aide qu'ils m'ont apportée.

Je remercie ma famille pour leur soutien inconditionnel à toutes les étapes de mon projet.

« Quel que soit le degré de civilisation d'un peuple, la « bienveillance » des personnes âgées ne va pas de soi. Le faible est toujours en danger ».

Haut Comité de la Santé Publique, 2004.

Sommaire

Introduction	1
1 Le cadre de la bientraitance et l'évaluation des pratiques professionnelles	5
1.1 Un contexte marqué par le vieillissement de la population.....	5
1.2 Violence et maltraitance, des définitions et des causes multiples	6
1.3 De la lutte contre la maltraitance au développement de la bientraitance, une évolution récente.....	8
1.4 La démarche qualité et l'évaluation des pratiques professionnelles, des approches incontournables dans les établissements de santé.....	10
1.5 Les établissements enquêtés	11
2 Une prise de conscience de la maltraitance et de la bientraitance	13
2.1 Maltraitance et bientraitance, des notions aux contours assez flous pour les professionnels	13
2.2 Le manque de personnel et la charge en soins, souvent cités comme facteurs favorisants.....	15
2.3 Une perception différente des évolutions au cours de ces dernières années.....	17
2.4 Des actions sur le terrain pour favoriser le développement de la bientraitance.....	18
3 L'état des lieux de la mise en place des évaluations des pratiques professionnelles	21
3.1 L'évaluation des pratiques professionnelles, une pratique pas toujours bien connue, centrée sur des pratiques de soins bien ciblées.....	21
3.2 Des modalités de restitution variables selon les établissements, les services et le type d'évaluation	22
3.3 Une opinion des soignants plutôt favorable à la démarche d'évaluation	22
3.4 Les actions des établissements enquêtés	23

4	Les préconisations.....	25
4.1	L'évaluation des pratiques professionnelles, un outil indispensable de la démarche qualité	25
4.2	Le développement de la bientraitance, un objectif à poursuivre dans une démarche d'amélioration continue de la qualité	27
4.3	L'évaluation des pratiques professionnelles, un levier pour le développement de la bientraitance.....	29
	Conclusion.....	33
	Bibliographie.....	35
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

ANAES	Agence nationale d'accréditation des établissements de santé
APA	Allocation personnalisée à l'autonomie
CE	Conseil exécutif
CEQPP	Comité d'évaluation de la qualité des pratiques professionnelles
CEQSI	Comité d'évaluation de la qualité des soins infirmiers
CH	Centre hospitalier
CHU	Centre hospitalier universitaire
CSIRMT	Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
CLIN	Comité de lutte contre les infections nosocomiales
CME	Commission médicale d'établissement
DREES	Direction de la recherche et des études, de l'évaluation et des statistiques
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ENSP	Ecole nationale de la santé publique
EPP	Evaluation des pratiques professionnelles
FHF	Fédération hospitalière de France
FMC	Formation médicale continue
HAS	Haute autorité de santé
MCO	Médecine – Chirurgie - Obstétrique
MRIICE	Mission régionale et interdépartementale d'inspection, de contrôle et d'évaluation
OMS	Organisation mondiale de la santé
SMUR	Service mobile d'urgence et de réanimation
SSR	Soins de suite et de réadaptation
UNAPEI	Union nationale des associations de parents et amis de personnes handicapées mentales
USLD	Unité de soins de longue durée

Introduction

La maltraitance des personnes vulnérables, phénomène longtemps nié, souvent sous estimé, est devenu un sujet d'actualité grâce, notamment, à la médiatisation de certaines affaires. Elle est considérée aujourd'hui, comme un problème de santé publique.

Ainsi, dans son rapport publié en mai 2004, le Haut Comité de la Santé Publique s'appuie sur le rapport « La violence et la santé » publié en 2002 par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour affirmer que la violence doit être considérée comme une question de santé publique¹. Parmi les violences citées, nous retrouvons celle perpétuée dans les établissements sanitaires et sociaux.

Les avancées du législateur et la prise de conscience des responsables d'institutions accueillant des personnes âgées et/ou handicapées ont largement contribué à faire progresser cette problématique. Parallèlement, le seuil de tolérance de la société vis à vis de tels actes attentatoires à la dignité humaine a diminué. La prévention de la maltraitance dans les établissements est un véritable défi à relever pour les directeurs d'établissements, les directeurs des soins et l'ensemble des professionnels du champ sanitaire et médico-social.

La littérature très nombreuse sur le sujet met en évidence les évolutions dans la prise de conscience de la notion de maltraitance. Ainsi, les premiers écrits concernent la maltraitance au sein même de la structure familiale, puis au sein des institutions accueillant des enfants et/ou des personnes handicapées. C'est dans un second temps que la maltraitance dans les structures d'hébergement pour personnes âgées va faire l'objet d'articles. Aujourd'hui, il est fréquent de rencontrer ce sujet en lien avec les établissements sanitaires et médico-sociaux, néanmoins peu d'articles évoquent la maltraitance des personnes vulnérables dans les services de court séjour médical ou chirurgical. Pourtant, il y a lieu de penser que des actes relevant de cette problématique se produisent également dans ces unités.

Face au vieillissement de la population et à l'augmentation du nombre de personnes dépendantes, la lutte contre la maltraitance et le développement de la bientraitance sont des questions récurrentes et une préoccupation de tous les acteurs de santé s'occupant

¹ HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE., Mai 2004, *Violences et santé*, Ministère des solidarités, de la santé et de la famille

de personnes vulnérables. Ce thème s'inscrit dans une politique nationale de prévention développée dans le plan de développement de la bientraitance et de renforcement de la lutte contre la maltraitance du 14 mars 2007². Il répond aux exigences qui s'imposent aux établissements de santé en matière de développement de la qualité des soins et de mise en œuvre d'une politique de gestion des risques. Ces derniers sont confrontés depuis quelques années à la nécessité de mettre en place une démarche qualité. Dans cet esprit, ils doivent s'inscrire dans la démarche d'accréditation puis de certification menée respectivement par l'Agence Nationale d'Accréditation des Etablissements de Santé (ANAES) puis la Haute Autorité de Santé (HAS). Afin de satisfaire aux exigences réglementaires, les établissements ont été tenus de mettre en œuvre des Evaluations des Pratiques Professionnelles (EPP).

Ce sujet est en lien avec les missions du directeur des soins. Ce dernier « *coordonne l'organisation et la mise en œuvre des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, en assure l'animation et l'encadrement* »³. Il élabore le projet de soins et le met en œuvre par une politique d'amélioration continue de la qualité. Il détermine une politique d'évaluation des pratiques de soins et collabore à la gestion des risques.

Le choix du thème de ce travail, fait suite à un audit sur la contention physique des personnes âgées mené dans le cadre de l'évaluation des pratiques professionnelles. Celui-ci, réalisé dans un service de soins de suite polyvalent a mobilisé les équipes médicales et paramédicales, il a permis d'étudier les pratiques et de corriger les procédures existantes. Dans le rapport d'audit, toutes les conséquences néfastes, voire dramatiques de la pratique de la contention ont été listées. Lors de la restitution organisée pour l'ensemble de l'équipe, les échanges ont été riches. Les soignants ont pu s'exprimer sur ce sujet et notamment verbaliser une certaine ambivalence entre le fait d'utiliser un moyen de contention « pour le bien du patient » et la privation de liberté que cela implique pour la personne soignée. Ils ont parlé de leur réticence à utiliser la contention dans certaines situations et notamment lorsque le patient la refuse. L'aspect sécuritaire a été évoqué pour justifier la mise en place de moyens de contention et la demande pressante de quelques familles inquiètes pour leur proche.

Cette expérience, ainsi qu'une étude sur la pertinence de la mise en place de changes complets, interrogent sur l'utilisation de la démarche qualité et de l'évaluation des

² Ministère délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, *Plan de développement de la bientraitance et de renforcement de la lutte contre la maltraitance*, 14 mars 2007.

³ Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière.

pratiques professionnelles dans le but de travailler avec les équipes sur leurs pratiques et sur les négligences quotidiennes qui ne sont autres que des formes de maltraitance.

Ces différents constats conduisent à poser la question suivante : **en quoi l'évaluation des pratiques professionnelles peut-elle contribuer au développement d'une culture de la bientraitance dans les établissements de santé ?**

Afin de mieux cerner le sujet, la première étape du travail a consisté en une recherche bibliographique pour élargir les connaissances dans le domaine et ouvrir à d'autres expériences et réflexions.

Pour appréhender de façon concrète la mise en œuvre de ces problématiques dans les services de soins, treize entretiens ont été réalisés dans deux établissements de santé publics accueillant des services de Médecine, Chirurgie et Obstétrique (MCO), de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) et des Unités de Soins de Longue Durée (USLD). La taille de ces établissements est très différente, l'un étant un Centre Hospitalier Universitaire (CHU) et l'autre un Centre Hospitalier (CH)⁴. Ils sont tous deux engagés dans une démarche de développement de la bientraitance. Les entretiens ont eu lieu auprès de deux directrices des soins, deux cadres supérieurs de santé, trois cadres de santé, trois infirmières et trois aides-soignantes dans des services de SSR et USLD.

Dans un premier temps nous préciserons le contexte dans lequel s'inscrit la réflexion tant au niveau des notions de maltraitance et de bientraitance, que par rapport à l'évaluation des pratiques professionnelles. L'analyse des entretiens réalisés permet de faire un état des lieux de la mise en œuvre de ces EPP dans les services de soins et de mettre en évidence la prise de conscience des professionnels relative à la prévention de la maltraitance et au développement de la bientraitance. Ces différentes observations nous amènent à faire des propositions autour de l'évaluation des pratiques professionnelles et du développement d'une culture de la bientraitance dans les établissements de santé.

⁴ Les deux établissements sont présentés dans le paragraphe 1.5. Les établissements enquêtés, p.11.

1 Le cadre de la bientraitance et l'évaluation des pratiques professionnelles

1.1 Un contexte marqué par le vieillissement de la population

La France est confrontée au vieillissement de sa population, l'espérance de vie s'accroît d'un trimestre chaque année. En 2005, 1 100 000 personnes avaient plus de 85 ans et ce chiffre devrait doubler en 2020⁵. Ce qui constitue une chance pour chaque individu et une richesse pour la société, représente un défi collectif pour le pays, pour le système de soins et pour la solidarité nationale. Si la plupart des personnes âgées vont vieillir dans de bonnes conditions en raison des progrès de la science et de la médecine, la perte d'autonomie touche aujourd'hui 6 à 7% des plus de 60 ans.

L'accroissement des personnes de plus de 85 ans présentant une dépendance concerne en premier lieu la famille qui va devoir consacrer beaucoup de temps, d'énergie et de ressources financières, mais il touche également l'hôpital et les services d'hébergement en établissement. Cette évolution démographique intéresse le système de santé, du fait de l'augmentation avec l'âge de la fragilité, de la prévalence de nombreuses maladies et de l'apparition de la dépendance. Les maladies neuro-dégénératives touchent environ 12% des plus de 70 ans. Ces maladies sont à l'origine de 70% des placements en institution et de 72% des demandes d'Allocation Personnalisée à l'Autonomie (APA)⁶. Pour répondre à cette problématique, le plan Alzheimer 2008-2012 a été rendu public en novembre 2007. Il succède avec des ambitions et des moyens plus importants aux deux premiers plans de lutte contre cette maladie, mis en place en 2001 et 2004.

Le 27 juin 2006, Philippe BAS, ministre à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la famille, présente le Plan Solidarité – Grand Age. Ce dernier fait suite au Plan Vieillesse - Solidarités de novembre 2003 rédigé dans le prolongement de la canicule de l'été. Le plan de juin 2006 prévoit de donner aux personnes âgées dépendantes le libre choix de rester chez elles, d'améliorer leur accueil à l'hôpital et l'hébergement en maison de retraite pour ceux qui ne pourraient rester à domicile, enfin il s'intéresse au financement solidaire de la dépendance et à la recherche.

⁵ Ministère délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, *Plan solidarité - Grand âge*, 27 juin 2006.

⁶ Ibid.

Le vieillissement est un phénomène complexe, responsable de l'accroissement inéluctable de la vulnérabilité de l'individu. La Direction de la Recherche et des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) définit cette dernière, comme « *l'état de fragilisation sociale, physique ou psychologique affectant les personnes consécutif à un état de dépendance sociale forte envers autrui lié à l'âge, à l'état de santé, à la position sociale* »⁷. Les personnes vulnérables sont particulièrement exposées au risque de maltraitance.

1.2 Violence et maltraitance, des définitions et des causes multiples

Phénomène longtemps nié, souvent sous estimé, la maltraitance des personnes vulnérables est devenue un sujet d'actualité en raison notamment de la médiatisation de certaines affaires et d'une prise de conscience au plus haut niveau de l'Etat, qui a conduit à faire de la violence un problème de santé publique. Le Loi du 9 août 2004, relative à la politique de santé publique, inscrit la violence comme problème de santé publique⁸.

Alors que de nombreux pays avaient déjà pris en compte le problème des maltraitances, il faut attendre la fin des années quatre-vingt pour que la France se préoccupe de ce sujet. Le mot « maltraitance » est utilisé pour la première fois en 1987 par Elyane CAUBET, cadre socio-éducatif dans un article du journal Le Point. C'est également en 1987, que le Conseil de l'Europe se penche sur la violence à l'encontre des personnes âgées. Il définit la maltraitance comme une violence se caractérisant « *par tout acte ou omission commis par une personne, s'il porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou psychique ou à la liberté d'une autre personne ou compromet gravement le développement de la personnalité et/ou nuit à sa sécurité financière* ». C'est cette définition que le Haut Comité de la Santé Publique va retenir dans son rapport « Violences et santé » publié en mai 2004⁹. En 1992, le Conseil de l'Europe a complété cette définition par une typologie des actes de maltraitance qui est reprise par de nombreux auteurs. Le Haut Comité quant à lui distingue sept grands types de maltraitance envers les personnes âgées qui se composent de négligences et d'abus : les négligences physiques, psychologiques, matérielles, les abus physiques, les sévices psychologiques, les abus matériels et les violations des droits. Ces deux concepts de base servent à décrire la maltraitance : d'une part les abus qui impliquent une intention de nuire et d'autre part les négligences actives

⁷ GRELET L., 2005, *La lutte contre la maltraitance en établissement pour personnes âgées dépendantes : quelle politique du directeur des soins*, Mémoire de directeur des soins : ENSP Rennes, p.9.

⁸ Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

⁹ Op. cit., p.64.

ou passives. Selon Yves GINESTE et Rosette MARESCOTTI, « *les négligences actives concernent les cas où les soignants mettent en place, de façon active et volontaire, des actes de soins inadéquats, voire dangereux pour la santé des résidents* »¹⁰

La Loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale marque un tournant décisif dans la prise en compte du phénomène en affirmant sa volonté de prévenir tout risque de maltraitance dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux.

A partir de cette date, de nombreux auteurs vont s'emparer du sujet et la littérature relative à la maltraitance des personnes vulnérables quelque soit leur âge et les raisons de leur vulnérabilité, va connaître une expansion considérable.

Toutefois, la notion de maltraitance n'a jamais fait l'objet d'une définition juridique précise. Elle renvoie à une réalité complexe, difficile à appréhender, tant elle peut prendre des formes différentes. L'Union nationale des associations de parents et amis de personnes handicapées mentales (Unapei) expose dans son *Livre Blanc*¹¹ les raisons de cette difficulté : « *A chaque fois, lors de la recherche de la définition la plus précise et utilisable, se pose la question des critères (ce qui est maltraitant de ce qui ne l'est pas), du seuil (la limite en deçà de laquelle il ne s'agit pas de maltraitance), de l'intentionnalité (on ne prendrait en compte que les maltraitements volontaires, avec volonté de nuire ou de négliger), des effets sur la personne de toute attitude même involontaire mais qui aurait des effets négatifs à plus ou moins brève échéance* ».

Les causes de la maltraitance ont été largement décrites par les auteurs. Elles sont multiples, touchent les professionnels, les personnes accueillies, les structures et l'organisation. Le Haut Comité de la Santé Publique met en exergue l'insuffisance de formation, l'absence de réunions qui donnent du sens à ce que l'on fait et l'accumulation de tâches répétitives qui génère un sentiment d'injustice génératrice d'agressivité.

Jean-René MARTIN, directeur des soins, évoque différents facteurs favorisant parmi lesquels l'usure des soignants touchés par une charge mentale et physique lourde, la démence, le manque de reconnaissance et de valorisation des soins d'aide à la vie, la sous qualification du personnel¹².

¹⁰ GINESTE Y., 2004, *Silence, on frappe... De la maltraitance à la bientraitance des personnes âgées*, 2^{ème} édition, Milly-la-Forêt : Animagine, p.33.

¹¹ MACREZ P., Juin-Juillet 2007, « La maltraitance des personnes vulnérables ». *L'aide-soignante*, n°88, p.12.

¹² MARTIN J.R., 4^{ème} trimestre 2000, « La personne âgée et la maltraitance en institution ». *Soins cadres*, n°36, p.44.

Dans une étude portant sur des rapports d'inspection de la Mission Régionale et Interdépartementale d'Inspection, de Contrôle et d'Evaluation (MRIICE), Fabienne LORE médecin inspecteur de santé publique¹³, fait ressortir quatre grands facteurs de risque : l'organisation du travail, les conditions de sécurité des établissements, le manque d'organisation de la vigilance et de la protection des personnes et la qualité des soins. Selon elle, « *lorsque l'organisation au sein d'un établissement fait défaut, il y a plus de risques pour que les pratiques professionnelles soient maltraitantes* ».

1.3 De la lutte contre la maltraitance au développement de la bientraitance, une évolution récente

Au cours des dernières décennies, nous avons réuni davantage de données dans le domaine de la maltraitance que dans celui de la bientraitance, cette dernière étant une préoccupation nouvelle pour les professionnels du champ sanitaire, social et médico-social.

Ainsi, Michel MANCIAUX¹⁴ constate l'absence de mot pour parler de la bientraitance et la nécessité de disposer d'un substantif et d'un verbe qui désignent le fait de traiter bien. Pour Boris CYRULNIK, cette absence de mot dans notre vocabulaire révèle que notre culture n'a pas pensé à la bientraitance, le choix du mot témoignant de la manière dont la culture se préoccupe d'un concept¹⁵.

Le terme de bientraitance apparaît dans les années quatre-vingt dix, il est proposé en 1996 par Yves GINESTE et Rosette MARESCOTTI et le concept de bientraitance prend son essor à l'aube de l'an 2000.

Au cours de la dernière décennie, les pouvoirs publics ont montré leur intérêt pour ce thème, par la publication de plusieurs rapports et plans.

En 2001, le Professeur Michel DEBOUT est missionné par Paulette GUINCHARD-KUNSTLER, secrétaire d'Etat aux personnes âgées pour réaliser un rapport sur la prévention de la maltraitance des personnes âgées¹⁶. Il s'articule autour des notions de connaître, comprendre, protéger et prévenir la maltraitance.

¹³ LORE F., 2005-2006, *Lutte contre la maltraitance dans les établissements sociaux et médico-sociaux de la région Nord Pas de Calais. Apports du programme d'inspection*, Mémoire de médecin inspecteur de santé publique : ENSP Rennes, p.40.

¹⁴ Michel MANCIAUX, Juin 2000, « De la maltraitance à la bientraitance ». *adsp* n° 31.

¹⁵ DESMET H., POURTOIS J.P., 2005, *Culture et bientraitance*, 1^{ère} édition, Bruxelles : De Boeck, coll. « Questions de personne », p.25.

¹⁶ DEBOUT M., 2003, *Prévenir la maltraitance envers les personnes âgées*, Editions ENSP.

En 2003, le Sénat publie un rapport sur la maltraitance des personnes handicapées et propose de « *susciter une dynamique de la bientraitance dans les établissements* »¹⁷.

En 2004, le Haut Comité de la Santé Publique évoque la bientraitance des personnes âgées en indiquant qu'elle ne va pas de soi et que le faible est toujours en danger¹⁸.

Si le plan Solidarité Grand Age de 2006 fixe comme objectif la lutte contre la maltraitance, le plan de développement de la bientraitance et de renforcement de la lutte contre la maltraitance met l'accent sur la bientraitance. Il se décline en deux grands axes : développer une culture de la bientraitance et renforcer la lutte contre la maltraitance, et propose dix mesures concrètes pour atteindre ces deux objectifs. Cf. annexe 1.

Il est facile de définir la bientraitance par opposition à la maltraitance. Or, la bientraitance n'est pas la non maltraitance, le simple fait de ne pas maltraiter est loin d'être suffisant. En effet, la bientraitance va bien au delà, elle est multiforme.

Pour Patricia CHALON, « *la bientraitance, c'est ce petit plus qui fait toute la différence, ce petit détail infime qui fait de l'AUTRE, quel qu'il soit, un individu respectable dont les besoins et les désirs sont entendus et pris en compte* »¹⁹.

Cette notion de respect nous la retrouvons dans la définition de Francesca FLAMAND, fondatrice de l'Institut de la bientraitance, elle évoque le respect psychique, physique et affectif de l'enfant, qui lui donne les moyens d'être sujet désirant et acteur de sa vie²⁰.

Evoquant l'éducation des enfants, Patricia CHALON explique que « *la bientraitance impose de renoncer une fois pour toutes à avoir le dernier mot* »²¹. Ce renoncement s'applique également dans le domaine de la prise en charge des personnes âgées. En effet, trop souvent les soignants cherchent à leur imposer ce qu'ils estiment bon pour eux sans tenir compte de leurs désirs.

La bientraitance implique en premier lieu une écoute bienveillante et généreuse, sans interruption intempestive. Il faut parfois savoir retenir une parole réconfortante, un geste affectueux qui arrivant trop tôt, empêcherait la personne de poursuivre ses confidences. Patricia CHALON parle du « *silence respectueux de l'écouteur* ».

Aujourd'hui, la bientraitance est souvent utilisée comme une réponse préventive à la maltraitance. La bientraitance est une posture, une approche positive de la problématique des violences institutionnelles. Etre bientraitant, c'est reconnaître les personnes dans leur

¹⁷ Rapport de la commission d'enquête du Sénat, *Maltraitance envers les personnes handicapées : briser la loi du silence* <http://89.202.136.71/rap/r02-339-122.html>

¹⁸ Op. cit. p.69.

¹⁹ CHALON P., 2007, *De la bienveillance à la bientraitance*, Marabout, p.34.

²⁰ Ibid. p.17.

²¹ Ibid. p.20.

plénitude, être convaincu que l'usager dans toute sa vulnérabilité reste et demeure une personne.

1.4 La démarche qualité et l'évaluation des pratiques professionnelles, des approches incontournables dans les établissements de santé

La notion de projet qualité émerge dans l'industrie dans les années 1950 et arrive en France dans les années 1970. Elle apparaît à l'hôpital dans les années 1995-96. Le modèle d'amélioration continue de la qualité le plus souvent cité est celui de E. DEMINGS.

Faisant suite à la Loi du 31 juillet 1991, l'Ordonnance du 24 avril 1996 oblige les établissements de santé à s'engager dans une démarche d'évaluation. Cette obligation s'inscrit dans une logique d'amélioration de la qualité des soins et du niveau des prestations offertes aux patients. « *Afin d'assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, tous les établissements de santé publics et privés doivent faire l'objet d'une procédure externe d'évaluation dénommée certification* » (Article L. 6113-3 du Code de la santé publique).

Créée par la Loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, la Haute Autorité de Santé remplace l'Agence Nationale d'Accréditation des Etablissements de Santé dont elle reprend les missions et se voit doté de missions complémentaires. L'une des priorités de la HAS est de mettre en œuvre l'Evaluation des Pratiques Professionnelles. L'EPP est collective et s'appuie sur trois leviers qui sont : la Formation Médicale Continue (FMC), la certification seconde version (certification V2) et l'accréditation des médecins ou des équipes des activités à risque.

Lors de son intervention aux 10^{èmes} assises Qualibio, Philippe BURNEL, directeur de la certification et de l'évaluation des pratiques à la HAS, a présenté l'EPP. Elle doit être réalisée en référence à des recommandations professionnelles et selon une méthode élaborée ou validée par la HAS et incluant la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques. Selon lui, « *l'EPP s'inscrit dans une démarche organisée d'amélioration des pratiques* »²².

²² Gestion des risques et évaluation des pratiques professionnelles. La nouvelle procédure de certification des établissements de santé et ses orientations méthodologiques. Assises nationales Qualibio. 26-27 septembre 2005. Paris, Sénat. Compte-rendu par Jean LEFEBVRE dans *Techniques hospitalières* ; Septembre-octobre 2006. N° 699. pp. 29-45.

Dans la certification V2, la mise en place d'EPP s'impose aux établissements de santé, notamment à travers les références 44, 45 et 46. Celles-ci s'intéressent respectivement à la pertinence des pratiques, aux risques liés aux soins et à la prise en charge des pathologies et des problèmes de santé principaux.

L'EPP répond à des critères précis, elle doit être réalisée selon des méthodes explicites. Celles-ci sont nombreuses et s'inscrivent dans des approches variées, permettant ainsi à chaque équipe de choisir la plus adaptée aux objectifs qu'elle s'est fixée et au savoir faire méthodologique dont elle dispose.

Pour le Docteur Vincent MOUNIC, conseiller technique au service certification et évaluation des pratiques professionnelles de la HAS, « *L'EPP est un axe de développement majeur de la deuxième procédure d'accréditation ; ce développement est synergique de celui de la gestion des risques* »²³.

Afin d'aider les établissements dans la mise en œuvre des EPP, la HAS a mis en place de juin 2004 à avril 2006, un programme de sensibilisation et d'information des professionnels de santé hospitaliers, présenté dans chaque région.

Mais l'évaluation n'est pas une fin en soi, elle constitue la première étape d'un plan d'amélioration de la qualité. L'EPP a pour but « *l'amélioration continue de la qualité des soins et du service rendu aux patients par les professionnels de santé. Elle vise à promouvoir la qualité, la sécurité, l'efficacité et l'efficience des soins et de la prévention et plus généralement la santé publique, dans le respect des règles déontologiques* » (Article 1, décret n° 2005-346 du 14 avril 2005)²⁴.

Ainsi que le précise Philippe CABARROT, service évaluation des pratiques à la HAS, « *la finalité du dispositif EPP n'est pas bien sûr l'évaluation des pratiques qui n'est qu'un moyen et une étape, mais bien l'amélioration de ces pratiques* »²⁵. En ce sens, l'EPP contribue effectivement à la démarche d'amélioration continue des soins en réponse notamment, aux exigences des usagers du système de santé.

1.5 Les établissements enquêtés

Au delà de ces constats et afin d'appréhender cette problématique sur le terrain, nous avons mené des entretiens auprès des professionnels de deux établissements publics de santé. Ce sont ces deux hôpitaux que nous allons présenter, l'un étant un Centre

²³ Vincent MOUNIC., Mai 2005, « La gestion des risques dans la deuxième procédure d'accréditation ». *Gestions Hospitalières*, p.327.

²⁴ Décret n° 2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles.

²⁵ CABARROT P., 2007, « Evaluation des pratiques professionnelles : mode d'emploi ». *Risques et qualité*, volume IV, n°2, p.71.

Hospitalier (CH) et l'autre un Centre Hospitalier Universitaire (CHU), pour préserver l'anonymat nous les nommerons CH et CHU.

Le CH est situé en zone urbaine. Il dispose de 431 lits et places répartis sur trois sites. Les services de soins et d'hospitalisation représentent 154 lits de MCO, pédiatrie et néonatalogie, réanimation et « service porte ». Il dispose d'un plateau technique (blocs opératoires, service d'anesthésie, salles de réveil) et de services médico-techniques : service d'imagerie médicale, laboratoire et pharmacie hospitalière. Il accueille les urgences médicales et chirurgicales adultes et pédiatriques, les urgences psychiatriques, les urgences gynécologiques et obstétricales. Il est doté d'un Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR).

Il dispose de 120 lits en unité de Soins de Suite et de Réadaptation et Unité de Soins de Longue Durée.

Le service de psychiatrie compte 157 lits et places répartis en trois secteurs d'hospitalisation adultes et un secteur de psychiatrie infanto-juvénile.

Il emploie 1000 personnes et un directeur des soins.

Le CHU est composé de cinq établissements répartis sur deux sites géographiques différents. Il assure les missions de soins, d'enseignement, de recherche et d'innovation. En matière de soins, le CHU constitue une référence sanitaire régionale du fait de sa capacité d'accueil, son plateau technique et son attractivité. Il totalise 2002 lits et places répartis sur les cinq établissements, dont 1140 de MCO, 273 de SSR, 529 en USLD et 60 en dialyse, Interruption Volontaire de Grossesse et Hospitalisation à Domicile.

Le CHU est situé dans une région rurale où le vieillissement démographique est très marqué. Avec 666 lits dédiés à la gériatrie, c'est un tiers de la capacité en lits et places de l'établissement qui est consacré à la population âgée.

Premier employeur de la région, le CHU emploie 7410 personnes. La Direction des soins est composée d'un coordonnateur général des soins et de deux directeurs des soins qui se répartissent les missions sur les différents pôles.

La politique et les actions mises en œuvre par les établissements en matière de prise en charge de la bientraitance et d'évaluation des pratiques professionnelles sont présentées dans les chapitres suivants.

2 Une prise de conscience de la maltraitance et de la bientraitance

2.1 Maltraitance et bientraitance, des notions aux contours assez flous pour les professionnels

La plupart des professionnels interrogés rencontrent des difficultés à définir la notion de maltraitance et préfèrent utiliser des exemples pour transmettre leur pensée. Les définitions qu'ils donnent sont souvent incomplètes et ne prennent en compte qu'une partie de la maltraitance. Dans ce cas, c'est la violence physique qui n'est pas citée, seulement six professionnels sur treize parlent de mauvais traitements physiques.

Les soignants expriment la complexité à mettre des mots sous ce terme du fait de son aspect multiforme « *il y a plein de choses qui font que l'on peut être maltraitant...* »

Ils évoquent de façon plus ou moins claire des soins répétitifs, routiniers, qui ne correspondent pas aux attentes ou aux besoins des patients :

« *Il est aisé pour un soignant de projeter sur l'autre ce que je pense être bon pour lui. Ne pas tenir compte de ce que veut la personne* ».

« *C'est faire toujours la même chose, ne pas voir l'individu en tant que tel* ».

« *C'est pas simplement taper un patient, c'est ne pas pouvoir amener les besoins spécifiques, ne pas prendre en charge de manière spécialisée, globalisée* ».

« *C'est forcer quelqu'un à faire quelque chose qu'il ne veut pas faire* ».

Pour le cadre supérieur du CHU « *c'est un comportement ou une attitude que l'on a envers des personnes vulnérables, des attitudes qui peuvent blesser, soit physiquement, soit psychologiquement* ».

Pour évoquer ces situations, Thierry TOURNEBISE parle de « violences douces », elles semblent anodines, sont fréquentes en milieu de soins et le plus souvent ne sont pas identifiées. « *Une personne reconnue a toujours des ressources insoupçonnées. Si, au contraire, on pense à sa place, petit à petit, ses ressources disparaissent* »²⁶.

Certains soignants expriment leur difficulté à évoquer la maltraitance. Ainsi, un cadre supérieur formule sa réticence : « *je n'aime pas parler de la maltraitance, je préfère parler de la bientraitance, c'est une autre culture* ». Les cadres de santé du CHU ont « inventé »

²⁶ TOURNEBISE Th., 2007, *Bientraitance envers les patients et les personnes âgées*, p. 13 <http://www.maieusthesie.com/nouveautes/article/bientraitance.htm>

des termes qui leur sont propres pour traduire leur pensée, elles parlent de « *non bientraitance* » ou de « *mauvaise traitance* », termes repris par ailleurs par l'infirmière du service au cours de l'entretien. Ces constats témoignent de tout le poids qui pèse encore aujourd'hui sur le mot maltraitance et la difficulté à l'utiliser, y compris pour l'encadrement.

La maltraitance institutionnelle est également présente dans les propos des professionnels. Le directeur des soins du CH met en exergue les contraintes institutionnelles qui s'imposent aux résidents mais aussi aux personnels soignants et pour lesquelles il n'y a pas forcément de moyens d'actions. Elle sort la problématique du contexte de soins en s'interrogeant sur la société actuelle : « *Est-ce que notre société n'est pas maltraitante quand elle laisse penser que l'on peut vivre très longtemps dans de bonnes conditions ? Ce n'est pas vrai pour tout le monde, on le sait bien* ».

Si cerner la maltraitance a posé quelques problèmes aux soignants, ils ont plus de facilité à exprimer ce que représente pour eux la bientraitance, même si quelques personnes disent que le terme est apparu récemment, qu'il est difficile à définir et qu'il suscite des discussions.

Les réponses diffèrent peu ou pas entre l'encadrement, les infirmières et les aides-soignantes. Les notions essentielles qui apparaissent au cours des entretiens, sont l'écoute de l'autre, le respect, la qualité du soins et le bien-être du résident.

Pour la plupart des personnes interrogées, être bientraitant c'est être à l'écoute, être attentif aux besoins de la personne âgée, de ses habitudes, ne pas se mettre à la place de la personne :

« *C'est être le plus possible à l'écoute de la personne âgée, de ses besoins* ».

« *C'est l'écoute de l'autre, c'est tenir compte de ce qu'il dit* ».

« *C'est le fait d'être attentif à chaque acte et propos* ».

« *C'est écouter, surtout ceux qui ne peuvent pas s'exprimer. C'est l'observation* ».

« *Il faut être à leur écoute et ne pas les obliger* ».

Ces résultats corroborent ceux obtenus par Stéphanie GARCIA dans le cadre de son travail sur la bientraitance des personnes âgées en institution qui montre que l'écoute est le principal moyen de bientraitance évoqué par les professionnels. Elle parle « *d'être dans l'écoute vraie* »²⁷.

L'observation est un élément important dans la prise en compte des besoins et des désirs de la personne. Une aide-soignante explique combien il est important, lorsque la

²⁷ GARCIA S., 2001-2002, *La bientraitance des personnes âgées face aux négligences banalisées en institution*, Mémoire de directeur d'établissement sanitaire et social public : ENSP Rennes, p.41.

personne ne peut pas s'exprimer d'observer jour après jour ses réactions lors des soins pour comprendre ce qui lui convient le mieux. La prise en compte de toutes les possibilités de la personne âgée, de tous ses comportements et ses attitudes font partie des recommandations de l'association Maltraitance Alzheimer et Maladies Associées (M.A.M.A.), pour que la personne soit considéré avec sa capacité d'entendre et de réagir²⁸.

L'autre idée qui apparaît régulièrement dans les entretiens et qui est souvent rattachée à la première, c'est le respect. En effet, pour beaucoup d'agents interrogés, être bientraitant c'est être à l'écoute des besoins pour pouvoir les respecter. Mais le respect va bien au delà, c'est le respect de la personne en tant qu'être humain.

« C'est le respect de l'autre, de sa dignité ».

« C'est être attentif à l'autre, c'est l'accepter tel qu'il est, dans sa différence liée à son âge, à son handicap, à sa perte d'autonomie, à sa maladie ».

« C'est quelque chose qui respecte sa sécurité, sa dignité, son confort ».

« C'est surtout le respect de la personne dans son humanité, dans sa dignité ».

Les professionnels évoquent également la qualité des soins et les notions de bien-être, de confort qui ne peuvent être atteints que si les soins sont négociés avec le patient, s'ils sont décidés avec lui. La réponse d'une infirmière résume bien le propos : *« C'est la prise en charge personnalisée, globalisée, au quotidien. C'est que le patient se sente bien là où il est et qu'il soit dans un confort de vie ».*

Le directeur des soins et le cadre supérieur du CHU font référence aux « valeurs éthiques » et aux valeurs professionnelles *« l'humanité, l'humanisme, la tolérance, l'acceptation ».*

2.2 Le manque de personnel et la charge en soins, souvent cités comme facteurs favorisants

Questionnés sur les facteurs favorisants les conduites maltraitantes, la plupart des professionnels, quelle que soit leur position dans l'institution, évoque le manque de personnel et la charge en soins. Un cadre de santé du CHU cite *« l'inadéquation entre la charge de travail et les moyens humains ou matériels ».* Ces deux facteurs cumulés engendrent fatigue, stress, perte de patience et peuvent conduire à l'épuisement

²⁸ M.A.M.A., *Des causes de la maltraitance involontaire*, <http://a.mama.monsite.wanadoo.fr/page4.html>

professionnel. Ils amènent souvent les professionnels à agir de façon routinière « *On fait des tours sans y réfléchir* ». Une infirmière et un cadre supérieur évoquent le « burn out » des soignants comme facteur favorisant la maltraitance.

Dans son guide pratique « *Bientraitance/Maltraitance à usage des établissements et institutions* », la Fédération Hospitalière de France (FHF) explique que « *le personnel a pu interioriser certains comportements maltraitants ou qui le sont devenus, la routine, la surcharge de travail ne les amenant plus à s'interroger sur le sens de ces pratiques* »²⁹.

Certaines causes sont inhérentes à la population accueillie. Les infirmières font référence aux pathologies rencontrées, telle que les démences. Alors qu'une aide-soignante explique l'exigence de certains résidents qui ne comprennent pas le fonctionnement du service.

Les cadres de santé mettent en exergue la difficulté du travail en gériatrie du fait de la violence de certaines situations, des sollicitations permanentes, de la complexité du soin en gériatrie qui impose de trouver un compromis entre la prise en compte des désirs singuliers de la personne et la vie en collectivité.

Le cadre supérieur de santé du CHU parle des représentations de la vieillesse, du handicap qui rend la communication difficile et de la confrontation à la vulnérabilité, à la vieillesse, à la fin de vie et à la perte d'espoir. Cette remarque fait écho aux propos de Sylvain SIBONI, psychologue clinicien : « *les vieilles personnes nous dérangent, dérangent notre choix de société consacré au jeunisme et à la performance* »³⁰.

L'institution et l'organisation sont également citées par plusieurs personnes. L'absence de staff ou de groupes de parole, la difficulté pour les soignants de prendre du recul ne permettent pas d'exprimer les difficultés, de prendre de la distance et de réfléchir à la pratique.

Un directeur des soins et un cadre supérieur mettent en cause le management du cadre : l'absence de valeurs, de sens et de valorisation des soignants.

Au CH, trois personnes parmi les cinq interrogées évoquent les problèmes personnels des agents alors que ce facteur est abordé par une seule personne au CHU. La santé physique ou psychologique de l'agent peut interférer dans la vie professionnelle et constituer un facteur de risque vis à vis de la maltraitance.

²⁹ Fédération Hospitalière de France, Guide pratique *Bientraitance/Maltraitance à usage des établissements et institutions*, p.61. <http://www.fhf.fr/dossiers-fiche.php?id=2393&p=12&r=45>

³⁰ SIBONI S., février 2007, « Etre vieux et bien traité, une gageure ? ». Lien social, n°829, p.11.

Le directeur des soins et le cadre de santé du CH mettent en avant les injonctions contradictoires qui sont faites aux soignants et qui peuvent être très difficiles à supporter. En effet, le niveau d'exigence attendu, n'est pas toujours compatible avec la charge de travail.

Le directeur des soins du CHU exprime les facteurs potentiels de maltraitance en terme de manques : manque de professionnalisme, d'éthique professionnelle, de réflexion, de valeurs professionnelles : « *toutes ces valeurs que l'on perd parce qu'elles ne sont plus énoncées* ».

2.3 Une perception différente des évolutions au cours de ces dernières années

La plupart des professionnels interrogés constatent une évolution dans le domaine de la lutte contre la maltraitance et/ou le développement de la bientraitance au cours des dernières années.

Les cadres supérieurs et les cadres de santé mettent en lien cette évolution avec les actions qui sont menées. Mais tous ne font pas le lien avec la réglementation. Pour un cadre supérieur, les évolutions sont uniquement liées au fait que l'institution a mis en place des moyens tels que la formation et des groupes de travail.

Un cadre supérieur fait référence à la loi du 2 janvier 2002 relative à l'action sociale et médico-sociale, et un cadre de santé à la loi du 4 mars 2002 concernant les droits des patients. Pour elles, la transcription réglementaire a permis de mener une réflexion sur leurs actions, de s'autoriser à parler de la maltraitance et de faire évoluer les façons de faire dans les services. Les textes obligeant les établissements à se pencher sur cette problématique, cela a imposé aux professionnels de s'exprimer sur un sujet qui était tabou, d'analyser leurs pratiques, de se questionner et d'évoquer la bientraitance sans culpabiliser.

Un cadre de santé constate une évolution dans le sens où les personnels acceptent plus facilement de participer à des évaluations des pratiques et de se remettre en question.

Une infirmière et une aide-soignante du CH font le parallèle entre l'évolution qu'elles ont pu observer dans le service et leur propre évolution professionnelle. L'infirmière insiste sur le rôle du médecin et du cadre du service dans les avancées constatées dans les soins et elles citent le travail réalisé dans le domaine de la contention des personnes âgées, de l'accompagnement et de la prise en charge de la douleur.

Seule, une infirmière du CHU considère que la situation s'est aggravée au cours de ces dernières années, les soignants travaillant plus dans la routine, sans réfléchir, sans écouter le patient et sans analyser. Elle rattache cette évolution au problème de personnel : « *institutionnellement, on induit de la maltraitance par rapport au manque de personnel* ».

2.4 Des actions sur le terrain pour favoriser le développement de la bientraitance

Dans le cadre de la prévention de la maltraitance et du développement de la bientraitance le CHU a mené des travaux sur le secteur de gériatrie. Ils ont conduit à la réalisation d'un classeur et la rédaction d'une charte de la bientraitance (Cf. annexe 3). Ces documents sont disponibles dans les services, mais l'un des cadres avoue qu'elle n'est pas sûre que le classeur soit utilisé par les soignants. En revanche, le cadre supérieur explique que la charte est une référence qui permet de revenir aux bonnes pratiques aussi souvent que nécessaire.

Parmi les actions mises en œuvre dans le cadre du projet de soins, la direction des soins a créé une cellule de promotion de la réflexion éthique. Celle-ci travaille en partenariat avec les médecins. Certains problèmes abordés lors des réunions sont des questionnements relevant du domaine de la bientraitance.

Par ailleurs, l'établissement organise une formation pour les agents contractuels, à l'occasion de laquelle la maltraitance et la prise en charge bientraitante sont développées. Le cadre supérieur et les cadres du pôle de gériatrie interviennent lors de ces formations.

Des actions sont également conduites au sein des services de soins sous forme de réunions, de staffs. Le cadre supérieur de santé demande aux cadres d'organiser un staff mensuel auquel les médecins sont conviés afin d'évoquer les difficultés, les projets... et notamment ce qui concerne la bientraitance. Les cadres insistent sur l'importance des temps d'échange au moment des transmissions ou de manière plus informelle lors des pauses.

Le CHU a dû faire face à trois signalements de maltraitance au cours de l'année 2007 qui ont amené la direction des soins à mettre en œuvre des actions visant à prévenir ce type d'événement. Celles-ci sont de deux ordres : mise en place de groupes de travail et formation des professionnels. L'un des groupes de travail a pour objectif de définir « *une philosophie de bientraitance* » dans l'établissement avec éventuellement la rédaction d'une charte. La définition d'indicateurs de maltraitance et la rédaction d'un protocole de signalement de maltraitance constituent les axes de la réflexion.

Parallèlement, deux types de formation sont proposées : une formation d'analyse des pratiques de management destinée aux cadres et une formation sur la bientraitance.

Le directeur des soins projette de mettre en place un comité d'éthique interne pour les soignants.

Au niveau des deux établissements, le travail au sein des groupes ne semblent pas poser de problème, les participants étant volontaires. Mais des difficultés résident toujours dans le fait que certains professionnels ont encore du mal à parler de la maltraitance ou de la bientraitance. « *Tout de suite beaucoup de personnes se sentent culpabilisées. Il y a des gens, ça les heurte, ils l'entendent comme : ils sont de mauvais soignants* ». Face à ce constat, la bientraitance est abordée lors des réunions ou des transmissions sans évoquer le terme ou comme nous avons pu le constater en utilisant d'autres mots. Les soignants réfléchissent autour de leurs pratiques, parlent de qualité, de respect de la personne, de respect des droits mais sans citer le mot, ainsi la remarque d'une aide-soignante : « *On ne dit jamais maltraitance, ce mot est lourd de conséquence. Il est beaucoup utilisé à l'extérieur. On ne dit pas non plus bientraitance, avant d'aller en formation, je n'avais jamais entendu ce mot* ».

Pour les soignants, la cohésion au sein de l'équipe, la remise en question et la réflexion permettent aux professionnels de progresser et sont vécues comme aidantes. Le rôle du cadre est essentiel dans cette démarche. Il est garant de la qualité du service rendu, du comportement des agents et des réponses apportées aux patients. Un cadre de santé parle de « *facilitateur* » en évoquant son rôle. Il doit faire preuve de beaucoup d'adresse lorsqu'il aborde ce sujet avec les équipes afin de ne pas les culpabiliser, mais de les amener à une réflexion constructive.

3 L'état des lieux de la mise en place des évaluations des pratiques professionnelles

3.1 L'évaluation des pratiques professionnelles, une pratique pas toujours bien connue, centrée sur des pratiques de soins bien ciblées

L'évaluation des pratiques professionnelles n'est pas bien connue de l'ensemble des professionnels interrogés, certains n'ayant jamais été confrontés à cette situation lors de leur exercice. Pour trois d'entre eux, l'évaluation des pratiques professionnelles fait référence à l'entretien individuel. Les soignants qui ont été confrontés à l'EPP citent des évaluations centrées sur l'hygiène ou des techniques de soins particulières. Parmi les cinq infirmières et aides-soignantes interrogées, seules deux ont participé à des audits. Il s'agissait de l'aérosol thérapie, de l'oxygénothérapie et/ou de la pose de cathéter veineux périphérique.

Les cadres supérieurs et les cadres de santé possèdent une connaissance plus approfondie de l'EPP. La plupart ont participé à des niveaux différents : organisation de l'évaluation, participation en tant qu'auditeur, restitution, mise en place des actions d'amélioration. Ils ont travaillé notamment sur la tenue du dossier de soins, la contention physique de la personne âgée, la prévention des chutes.

Un cadre du CHU participe au Comité d'Evaluation de la Qualité des Pratiques Professionnelles (CEQPP). A ce titre, elle a participé à l'ensemble des étapes de la démarche.

Pour le directeur des soins du CHU, l'EPP « *est un super outil de management pour l'encadrement et pour les soignants* ». Même si l'établissement avait déjà mis en place des actions d'évaluation, l'EPP avec sa méthodologie rigoureuse a donné une autre dimension à ces actions. Le fait qu'elle soit imposée a permis aux équipes de mener les projets jusqu'à leur terme, ce qui n'était pas toujours le cas auparavant. Elle permet une harmonisation des pratiques, crée de la reconnaissance pour les personnes qui y participent et aide à tisser des liens entre les professionnels.

3.2 Des modalités de restitution variables selon les établissements, les services et le type d'évaluation

Il n'existe pas toujours une démarche définie concernant les modalités de restitution des EPP au sein des services de soins des deux établissements. Les pratiques sont différentes selon les services et selon les évaluations.

Concernant les dix sept EPP menées dans le cadre de la certification, le CH n'a pas encore organisé la diffusion des résultats aux professionnels. Ceux-ci ont été présentés à la sous commission de la Commission Médicale d'Etablissement (CME) et au Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN). Les résultats des évaluations relatives à l'hygiène et à la tenue du dossier de soins, pour lesquelles la direction des soins est partie prenante, ont été restitués en réunion de cadres. Le directeur des soins estime que le cadre est un relais et qu'il lui appartient de transmettre les informations dans le service.

Le CHU a mis en place récemment des modalités de diffusion institutionnelle. Les EPP présentées lors de la certification ont été communiquées lors de journées consacrées à des thèmes particuliers et le plus souvent sous l'impulsion des médecins. Ainsi les soignants sont intervenus lors des Journées Nationales de Gériatrie pour présenter les EPP conduites sur ce secteur. Chaque année, la société régionale de médecine de réadaptation organise une journée thématique. En 2008, le thème était l'évaluation des pratiques professionnelles et les équipes sont venues présenter leurs travaux. D'autre part, la direction des soins a réalisé cette année l'un de ses projets qui était d'organiser un Forum pour restituer les différentes actions d'EPP menées dans l'établissement.

Au niveau des services de soins, les retours se font oralement lors d'une réunion des soignants. Dans le cadre du Comité d'Evaluation de la Qualité des Pratiques Professionnelles, il existe une trame élaborée par le comité : rappel des missions du CEQPP, des évaluations qui sont menées dans ce cadre et présentation de l'audit. Le plus souvent, le plan d'actions n'est pas détaillé, il appartient à chaque service de mettre en place les actions d'amélioration qui s'imposent.

3.3 Une opinion des soignants plutôt favorable à la démarche d'évaluation

Cette pratique d'évaluation est bien perçue par l'encadrement qui y voit l'arrivée d'outils permettant une cohérence dans la démarche. Pour un cadre de santé, *« elle a le mérite de ne pas évaluer les personnes mais les pratiques, c'est par ce biais que l'on peut aborder tous les domaines parce que l'on ne porte pas de jugement sur les individus mais sur une pratique »*.

Quels que soient les thèmes traités, la restitution permet toujours d'avoir des échanges, de susciter un débat et d'amener les équipes à réfléchir sur leurs pratiques.

Les soignants qui ont connu une ou des EPP se disent favorables à cette démarche, bien que certains avouent une appréhension par rapport à l'évaluation. Pour eux, elle impose une remise en question nécessaire pour maintenir la qualité des soins. Elle permet de confronter sa pratique quotidienne à des références et évite la routine.

Ces résultats sont semblables à ceux obtenus lors d'une étude réalisée suite à une EPP au CH d'Avranches-Granville en 2004, cette dernière a montré que l'évaluation a permis de susciter la curiosité de certains infirmiers, qui sont satisfaits de voir leur travail apprécié et considéré³¹.

Toutefois, un cadre précise que la présence de l'auditeur perturbe les soignants. Ainsi observés, ils n'agissent pas forcément comme ils ont l'habitude de le faire : *« Les professionnels modifient leur façon de faire lorsqu'ils sont audités. Ils n'arrivent pas à rester authentiques et désorganisent leur pratique. Les choses ne se font pas naturellement »*.

L'adhésion des soignants à cette démarche est pour beaucoup conditionnée par le comportement de l'auditeur et les explications qui ont été données. La manière de communiquer les résultats est extrêmement importante et joue un rôle essentiel dans l'acceptation de la démarche par les soignants. Ainsi, le cadre supérieur du CH explique : *« Il suffit de présenter les résultats de manière positive. Quand on explique les choses, que l'on donne du sens, ça se passe toujours très bien. Le tout est de savoir le faire »*.

Une infirmière reconnaît *« une petite appréhension au début, parce que ça nous renvoie à nos connaissances, à nos compétences, mais après on se dit que c'est bien car on regarde si le personnel est toujours habilité à faire son travail, c'est normal »*.

3.4 Les actions des établissements enquêtés

Dans le domaine de l'évaluation des pratiques professionnelles, le CHU mène depuis plusieurs années une politique qualité à laquelle la direction des soins participe activement. Ainsi, cette dernière avait mis en place un Comité d'Evaluation de la Qualité des Soins Infirmiers (CEQSI) qui s'est transformé en Comité d'Evaluation de la Qualité des Pratiques Professionnelles (CEQPP). Ce comité s'intéresse l'ensemble des pratiques paramédicales. Ces orientations sont la réalisation d'audits ciblés sur les pratiques à

³¹ LEPESQUEUX M., 2006, « Le cadre de santé, un acteur clé dans l'évaluation d'une pratique professionnelle ». *Soins cadres*, n°58, p.46.

risque, l'élaboration et le suivi des protocoles et l'évaluation des pratiques professionnelles paramédicales.

L'ingénieur qualité mène l'ensemble des EPP du CH, les cadres et les infirmiers participent autant que de besoin. Le directeur des soins intervient dans le choix des EPP relatives à l'hygiène et celles qui concernent la direction des soins comme le dossier de soins par exemple. Elle n'a pas été sollicitée pour les thèmes choisis dans le cadre de la certification V2, ces EPP étant orientées essentiellement sur des prises en charge médicales.

Le démarche d'évaluation des pratiques était mise en place dans l'établissement avant la certification. Il s'agissait d'évaluations relatives à l'hygiène et la tenue du dossier de soin.

4 Les préconisations

4.1 L'évaluation des pratiques professionnelles, un outil indispensable de la démarche qualité

Le rôle du directeur des soins dans la démarche qualité et dans l'EPP se situe au niveau de l'institution, des pôles, mais aussi au niveau des services de soins.

Si de nombreux établissements de santé étaient engagés dans une démarche d'amélioration de la qualité depuis plusieurs années, la plupart d'entre eux ont mis en place les EPP dans le cadre de la visite de certification V2. Toutefois, la participation de la direction des soins à cette démarche a été variable selon les hôpitaux. Comme nous avons pu le constater lors des entretiens au CH le choix des EPP a été réalisé par les médecins, ce qui a conduit à travailler essentiellement sur des prises en charge médicales. Or la philosophie de l'EPP est de faire travailler ensemble les professionnels qu'ils soient médicaux ou paramédicaux, dans le but d'améliorer les pratiques. « *Exigence toujours affirmée par l'ANAES, puis par la HAS, l'approche multiprofessionnelle est réellement fondatrice et constitue un véritable pilier de toutes les réflexions menées* »³², cette remarque faite par Gérard CETTOUR-BARON, directeur d'hôpital à propos de la certification s'applique pleinement à l'EPP.

Par ailleurs, cette démarche entreprise pour répondre aux exigences de la certification se veut une démarche pérenne. Elle perd tout son intérêt si elle n'est réalisée que pour satisfaire aux demandes de la HAS et n'est pas maintenue par la suite. De nombreux professionnels parlent « *de soufflé qui retombe* » après la visite des experts.

Face à ces deux problématiques, le directeur des soins a un rôle essentiel à jouer. Membre du Conseil Exécutif (CE), il lui appartient de travailler avec les médecins pour construire ensemble la procédure d'évaluation. Il n'est pas concevable et cela serait contre-productif de mener les actions en parallèle. Sur des sujets aussi importants que la qualité de la prise en charge, la réflexion doit être commune.

Dans son guide pratique « *Bientraitance/Maltraitance à usage des établissements et institutions* », la FHF présente les actions à mettre en œuvre pour prévenir la maltraitance, parmi celles-ci nous retiendrons la nécessité de définir des règles

³² CETTOUR-BARON G., Mars 2007, « Certification, management et valeurs professionnelles, vers une éthique nouvelle ? ». *Gestions hospitalières*, p. 188.

d'organisation et de fonctionnement claires, connues et appropriées par tous, d'élaborer un projet d'établissement, de mettre en place des groupes d'analyse de pratiques³³.

Du fait des missions réglementaires qui lui sont confiées, le directeur des soins est responsable de la qualité des soins dispensés dans l'établissement. « *Il élabore avec l'ensemble des professionnels concernés le projet de soins, le met en œuvre par une politique d'amélioration continue de la qualité* »³⁴. Il doit pouvoir exprimer son avis sur le choix des EPP. Le projet de la direction des soins permet de formaliser des objectifs clairs, de fixer le cadre des interventions et ses limites, de mener un travail sur les valeurs, de définir le type de prise en charge attendu dans le respect des principes déontologiques, éthiques et des recommandations de bonnes pratiques. Il permet de décliner son engagement dans la démarche qualité et la mise en œuvre des évaluations. Les professionnels peuvent s'exprimer par l'intermédiaire de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT). Il appartient au directeur des soins de solliciter les soignants, de veiller à leur expression, de susciter les remarques et les suggestions.

C'est par sa volonté de pérenniser la démarche d'EPP que le directeur des soins contribuera à maintenir la dynamique créée lors de la certification. Ses alliés dans cette entreprise sont le directeur de la qualité et le président de la CME ou le médecin désigné pour travailler sur ce sujet.

La qualité est un volet du projet de pôle sur lequel s'appuie la contractualisation. C'est en travaillant avec les cadres de pôle que le directeur des soins pourra s'assurer de la cohérence institutionnelle, de la transposition au niveau des pôles de la politique de la direction des soins. En définissant cette politique, en donnant clairement les grands axes, en étant présent auprès des cadres de pôles, il aura la possibilité de transmettre ses orientations sans donner le sentiment d'interférer dans la vie des pôles.

Comme nous avons pu le constater lors des entretiens, les professionnels ne sont pas toujours bien informés sur l'EPP. Il est indispensable de faire connaître cette démarche dans les services et de développer une culture de l'évaluation. Pour en faciliter l'acceptation, l'EPP doit être présentée de manière positive, en insistant sur l'aspect collectif et non individuel de la démarche. S'ils sont destinataires d'une information claire, complète et précise, les soignants comprendront qu'au delà de l'évaluation, le but

³³ Op. cit.

³⁴ Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière.

recherché est l'amélioration des prestations fournies. Les professionnels soignants sont le plus souvent satisfaits de travailler en équipe pluridisciplinaire, de pouvoir s'exprimer et progresser ensemble. Il faut donc mettre l'accent sur l'aspect fédérateur de cette démarche.

Pour atteindre cet objectif, le directeur des soins devra travailler avec les cadres de santé, car ce sont eux qu'il y a lieu de convaincre en premier pour pouvoir transmettre l'information auprès des équipes, répondre à leurs questions et expliquer à nouveau si nécessaire.

Afin de l'aider dans ce travail de proximité, le directeur des soins peut déléguer une partie de ces missions à un cadre supérieur de santé en mission transversale. Ce dernier doit être parfaitement informé des démarches institutionnelles et être suffisamment reconnu par l'ensemble des professionnels. Son adhésion à la politique de la direction des soins est indispensable. Il devra faire remonter les informations du terrain au directeur des soins afin de les prendre en compte et y apporter les réponses qui s'imposent.

L'adhésion des professionnels est indispensable à la réussite de la démarche et à sa pérennité. Monique MAZARD, coordinatrice générale des soins, insiste « *sur le rôle prépondérant du cadre et des équipes, dans cette approche qui vise à tendre vers un niveau optimal de prestation dans une logique de satisfaction, de sécurité et de confort* »³⁵. L'EPP constitue un enjeu pour l'expertise professionnelle et la qualité des soins.

La dernière étape sur laquelle le directeur des soins devra être vigilant, est la restitution des résultats. Il s'agit d'une étape essentielle dans la démarche, extrêmement importante pour les équipes, mais également risquée car elle sous-tend le travail qui va suivre d'amélioration des pratiques et elle conditionne la participation des professionnels aux futures EPP.

4.2 Le développement de la bientraitance, un objectif à poursuivre dans une démarche d'amélioration continue de la qualité

Les entretiens menés auprès des professionnels l'ont montré, les soignants n'ont pas toujours une vision claire de la maltraitance. Parce que le terme reste encore tabou dans certaines équipes, ils rencontrent des difficultés pour exprimer ce que recouvre pour eux cette notion. La violence physique est le plus souvent absente de leur discours. Lors d'un

³⁵ MAZARD M., Septembre-octobre 2006, « Evaluation des pratiques professionnelles et soignantes : un enjeu pour l'expertise professionnelle et la qualité des soins ». *Techniques hospitalières*, n° 699, p.38.

précédent travail sur ce thème, interrogeant une équipe de Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD), nous avons pu constater que les soignants citaient comme mauvais traitement l'utilisation de certains mots ou expressions comme « *couche* » ou « *faire pipi* », rapportant des propos entendus en formation. Ils ont alors tendance à réagir avec fatalisme « *puisque aujourd'hui tout relève de la maltraitance...* ». Les responsables et notamment le directeur des soins doivent rester vigilants par rapport à ce type d'approche, la banalisation des mauvais traitements peut avoir des conséquences très perverses allant à l'encontre du but recherché. Yves GINESTE et Rosette MARESCOTTI insistent sur la nécessité de distinguer la maltraitance que l'on peut enrayer par un travail sur la bientraitance, des maltraitements qui ne relèvent pas d'un traitement institutionnel, mais qui relèvent de la justice. Selon eux, « *mettre dans le même sac le tutoiement et le viol ne peut que conduire à la permanence des maltraitements* »³⁶. Il est primordial de faire cette distinction et d'établir une hiérarchie tant dans les actes que dans les sanctions et les conduites à tenir. Le directeur des soins a un rôle essentiel à jouer dans ce domaine.

Il est indispensable de clarifier le concept, de parvenir avec les équipes à identifier ce qui relève de la maltraitance. Différencier les actes de violence physique ou psychologique, de la négligence active et de la négligence passive est un passage obligatoire. C'est la notion de volonté de nuire qui fait la différence, lorsqu'un agent agit en connaissance de cause, en toute conscience par rapport aux conséquences de son geste, il doit en répondre et assumer les suites qui vont en découler en terme de sanction disciplinaire voire judiciaire.

Le directeur des soins doit se positionner vis à vis de la prévention de la maltraitance et du développement de la bientraitance. Les deux aspects ne seront pas pris en compte de la même manière. Dans le cadre de la prévention de la maltraitance, il est nécessaire d'insister sur l'obligation de déclarer les cas de mauvais traitement et de définir la conduite institutionnelle dans cette situation. Cette prise en compte relève de la démarche mise en œuvre dans l'établissement en matière de gestion des risques.

Le développement de la bientraitance s'inscrit dans un projet qui va s'orienter autour de la sensibilisation des équipes par des réunions à thème, la formation, la mise en place de groupes de travail. Néanmoins, si ces deux aspects sont traités différemment, ils n'en restent pas moins complémentaires et relèvent d'une politique institutionnelle clairement définie et portée à la connaissance de tous. Le directeur des soins peut être à l'initiative de cette démarche, il y participera activement en apportant son expertise et sa vision du terrain. Parmi ses recommandations, la FHF suggère que le directeur propose d'élaborer

³⁶ Op. cit. p.53.

une charte de comportements, gestes et actes de bientraitance. Dans un établissement disposant d'un directeur des soins, ce rôle relève de ses prérogatives.

Les actions menées doivent conduire à lever le tabou qui pèse sur les termes de maltraitance et parfois même de bientraitance afin d'amener les personnels à s'exprimer, à se questionner sur leurs pratiques, à donner du sens à ce qu'ils font. C'est en acceptant cette remise en cause qu'il sera possible d'évoluer dans ce domaine.

Il est important d'insister sur le fait que cette problématique ne concerne pas seulement les services de SSR, d'USLD ou d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Les services de courts séjours accueillent également des personnes âgées, handicapées et plus généralement des personnes vulnérables du fait de leur maladie. Ils doivent donc être associés à l'ensemble des actions qui seront mises en oeuvre dans l'établissement. Le directeur des soins doit exprimer cette orientation et veiller à son application concrète. Il pourra s'appuyer sur le personnel possédant une expérience en gériatrie pour communiquer auprès de leurs collègues de court séjour. En agissant ainsi, il participera à la reconnaissance de compétences spécifiques aux soignants exerçant auprès des personnes âgées et contribuera à valoriser leur travail.

Par ailleurs, comme nous l'avons observé dans les établissements enquêtés, il pourra proposer la création d'un comité d'éthique pour les soignants, car une « *dimension éthique sous-tend inmanquablement les notions de bien et de maltraitance* »³⁷.

4.3 L'évaluation des pratiques professionnelles, un levier pour le développement de la bientraitance

L'EPP en permettant aux équipes de se questionner sur leurs pratiques et de réfléchir à des actions d'amélioration, contribue à la démarche d'amélioration de la qualité et est un levier de changement. En ce sens, elle peut constituer un moyen d'œuvrer pour le développement de la bientraitance. Il est toutefois nécessaire de mener une réflexion préalable pour atteindre cet objectif. Cette réflexion appartient au directeur des soins, qui travaillera autour de trois axes : le choix des EPP, la politique de restitution des résultats et le rôle des cadres de santé.

³⁷ DESMET H., POURTOIS J.P., *Culture et bientraitance*, p.13.

Comme nous l'avons décrit dans le chapitre relatif aux EPP, en premier lieu, le directeur des soins doit participer aux choix des thèmes des évaluations. Il pourra proposer de travailler des sujets en lien direct avec la réflexion relative à la bientraitance, ainsi la contention physique des personnes âgées qui interpelle sur le droit des personnes à aller et venir. D'autres sujets peuvent ouvrir le débat tels que la prise en charge de la continence ou l'alimentation, qui vont permettre aux équipes de réfléchir sur l'autonomie du patient, le respect de ses choix, de ses désirs, de ses habitudes. Les résultats de l'EPP doivent mobiliser l'équipe pluridisciplinaire autour des actions correctives, pour y parvenir il est indispensable de choisir des thèmes fédérateurs.

Ensuite, il appartient au directeur des soins de définir la politique de communication autour des EPP. Menée conjointement avec les médecins, cette démarche de restitution donne tout son sens aux EPP et favorise l'adhésion des différents professionnels, gage d'implication de la mise en œuvre des actions d'amélioration.

Le directeur des soins pourra définir les modalités de restitution tant au niveau institutionnel qu'au niveau des pôles et/ou des services de soins.

Nous retiendrons les expériences observées lors des entretiens auprès des établissements de santé. Ainsi la communication institutionnelle lors d'une journée consacrée à l'EPP est extrêmement intéressante car elle permet d'informer l'ensemble des professionnels sur les actions menées. Elle constitue un formidable outil de valorisation pour les personnes qui ont participé. Au cours de ces communications, le directeur des soins sera attentif à mettre en évidence les actions qui contribuent au développement de la bientraitance. La présence du directeur des soins lors de ces présentations est essentielle, car ce sera l'occasion d'exprimer sa politique, de transmettre les valeurs retenues par la direction des soins.

Le présentation aux équipes dans les services de soins se fera selon une trame prédéfinie prenant en compte les objectifs de l'institution et de la direction des soins. Dès que le sujet s'y prête, ces réunions doivent être l'occasion de travailler avec les agents sur les notions de prévention de la maltraitance et de développement de la bientraitance. Car il est important de prononcer les mots pour lever le tabou qui pèse sur eux.

Enfin, les cadres de santé étant au plus près des équipes, c'est avec eux qu'il faut travailler pour les amener à acquérir cette culture. Comme l'évoque Daniel MICHON « *Les cadres de santé, par leur fonction et leur positionnement, ont une place déterminante dans la réalisation de ces démarches et dans les effets qu'elles produisent, qu'il s'agisse des soins apportés aux patients ou de la vie au travail des personnels*

soignants »³⁸. Le directeur des soins doit faire en sorte que le management des cadres les amène à être des relais auprès des équipes. Rappelons que le rôle du cadre est reconnu, voire qualifié d'essentiel par les professionnels.

Pour progresser dans ces domaines difficiles par ce qu'ils peuvent parfois provoquer de douloureux pour les soignants, le cadre doit susciter l'expression des agents, être capable de les amener à s'interroger sur leurs pratiques et à chercher les solutions les plus adaptées. Il faut les encourager à engager une dynamique de bientraitance, en travaillant sur la prise de conscience, en discutant avec les équipes de leur attitude et de leurs actes. Pour mener à bien cette démarche, l'encadrement aura besoin du soutien du directeur des soins.

Mais nous ne devons pas oublier la conjoncture actuelle et les difficultés auxquelles sont confrontés les établissements du fait du manque de personnel et de la charge de travail. C'est ce contexte et tous ces éléments que le directeur des soins doit prendre en compte pour conduire le développement de la bientraitance sans générer de la maltraitance pour les soignants. Pour cela il devra se montrer à l'écoute des cadres et des soignants et développer un travail de proximité avec les équipes.

³⁸ MICHON D., 2006, « Le cadre à l'interface des deux logiques de l'EPP ». *Soins cadres*, n°58, p.17.

Conclusion

Le rapport « Maltraitance, Bientraitance : prévenir les violences institutionnelles » rédigé en 2005 dans le cadre du module interprofessionnel de santé publique de l'Ecole Nationale de la Santé Publique (ENSP) conclut à la pertinence de certains signaux d'alerte : l'absence de projet d'établissement, de règles de fonctionnement, les problèmes récurrents avec le personnel, l'opacité des structures, la faible présence des cadres de direction sur le site ou un investissement trop important de ceux-ci dans d'autres domaines³⁹. Le directeur des soins a sa place et des responsabilités dans chacune de ces situations. Il participe à la définition de la politique institutionnelle et notamment aux règles de fonctionnement au sein de l'établissement. Il rédige et met en œuvre le projet de soins qui fait partie intégrante du projet d'établissement et précise les objectifs et les priorités en matière de prise en charge et de qualité des soins. En collaboration avec la direction des ressources humaines, il contribue à la gestion des ressources humaines. Enfin, son investissement auprès de l'encadrement, mais aussi sa présence auprès des équipes sont des atouts majeurs de réussite des projets.

La cohésion entre les cadres et la direction des soins est essentielle, les EPP peuvent constituer un moyen pour le directeur des soins de mettre en œuvre cette cohésion et cette adhésion.

Comme l'explique Jacques AFCHAIN, médecin traitant d'une maison de retraite : « *Fatigue, manque de temps... Au quotidien, la bientraitance est un pari. Et les écueils sont légion* »⁴⁰. La qualité des soins que nous devons aux patients se heurte aux difficultés rencontrées sur le terrain : le manque de personnel, la charge de travail élevée, le manque de valeurs, de motivation de certains agents, la perte de sens. C'est ce paradoxe que le directeur des soins doit prendre en compte dans la mise en œuvre de sa politique de développement de la bientraitance. Tous les outils sont utiles pour parvenir à atteindre l'objectif malgré les obstacles qui vont se présenter. En ce sens, l'EPP n'est pas le seul outil que le directeur des soins va mobiliser mais il constitue néanmoins un moyen d'amener les équipes à réfléchir sur leurs pratiques et à progresser. Bien présentée, l'EPP peut être bien acceptée par les professionnels et représente un outil de valorisation.

³⁹ THEBAULT P., 2005, *Maltraitance, Bientraitance : prévenir les violences institutionnelles*, MIP santé publique : ENSP Rennes, p. 23.

⁴⁰ AFCHAIN J., Juin 2007, « Un nouveau crédo, la bienveillance ». *Direction(s)*, n° 42, p.28.

L'EPP n'est pas une fin en soi, elle permet de mesurer l'écart entre un standard et ce qui existe et d'élaborer un plan d'actions d'amélioration. L'appropriation de la culture EPP est indispensable par tous.

Le directeur des soins a sa place entière dans un processus de démarche qualité. La qualité est un travail de tous les jours : animer, relancer, remotiver, impulser mettre en œuvre...

L'EPP est un levier pour créer du collectif, pour faire prendre conscience de la nécessité du changement. C'est une manière de valoriser les équipes et les pratiques soignantes. Les résultats méritent d'être publiés, présentés dans des congrès. C'est à la direction des soins de mettre en place une dynamique pour maintenir « la petite flamme » qui existe toujours dans les équipes, même en souffrance. Cette dynamique est portée par le directeur des soins.

Le développement de la bientraitance s'inscrit dans la démarche qualité. Elle ne se décrète pas, elle se construit. Elle suppose un management moteur, porteur de la démarche, ayant bien compris son intérêt. L'enjeu de l'appropriation est de donner un sens singulier à la démarche, la placer dans le contexte institutionnel.

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires :

Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. JORF n°179 du 2 août 1991, p.10255.

Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. JORF n°98 du 25 avril 1996, p.6324.

Loi n° 2002-02 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. JORF du 3 janvier 2002, p.124.

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. JORF du 5 mars 2002, p.4118.

MINISTERE DELEGUE A LA SANTE, Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière. JORF n°95 du 23 avril 2002, p.7187.

Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. JORF n°185 du 11 août 2004, p.14277.

Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. JORF n°190 du 17 août 2004, 14598.

Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. JORF n°36 du 12 février 2005, p.2353.

MINISTERE DES SOLIDARITES, DE LA SANTE ET DE LA FAMILLE, Décret n° 2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles. JORF n°88 du 15 avril 2005, p.6730.

Instruction DGAS/2A n° 2007-112 du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance.

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Charte des droits et libertés de la personnes âgées dépendante, Fondation nationale de gérontologie.

MINISTERE DELEGUE A LA SECURITE SOCIALE, AUX PERSONNES AGEES, AUX PERSONNES HANDICAPEES ET A LA FAMILLE, Plan solidarité grand âge, juin 2006.

MINISTERE DELEGUE A LA SECURITE SOCIALE, AUX PERSONNES AGEES, AUX PERSONNES HANDICAPEES ET A LA FAMILLE, Plan de développement de la bientraitance et de renforcement de la lutte contre la maltraitance, 14 mars 2007.

Ouvrages :

CHALON P., 2007, *De la bienveillance à la bientraitance*, Marabout, 215p.

DESMET H., POURTOIS J.P., 2005, *Culture et bientraitance*, 1^{ère} édition, Bruxelles : De Boeck, coll. "Questions de personne", 216p.

DROUET J.B., 2008, *Les maltraitements invisibles, les nouvelles violences morales*, Le Cherche Midi, 275p.

GINESTE Y., 2004, *Silence, on frappe... De la maltraitance à la bientraitance des personnes âgées*, 2^{ème} édition, Milly-la-Forêt : Animagine, 262p.

Articles :

AFCHAIN J., Juin 2007, « Un nouveau crédo, la bienveillance ». *Direction(s)*, n°42, p.28.

BECK H., BOIFFIN A. et l'équipe d'ALMA Paris, 4^{ème} trimestre 2007, « Le phénomène de la maltraitance au travers de trois années d'écoute ». *Gérontologie*, n°144, pp. 36-48.

BUSBY F., Juin 2000, « La maltraitance et les personnes âgées ». *Actualité et Dossier en Santé Publique*, n°31, pp. 35-37.

CABARROT P., 2007, « Evaluation des pratiques professionnelles : mode d'emploi ». *RISQUES & QUALITE*, volume IV, n°2, pp.71-73.

CASTILLA C., Avril 2003, « La maltraitance des personnes âgées ». *L'infirmière magazine*, n°181, pp. 30-34.

CETTOUR-BARON G., Mars 2007, « Certification, management et valeurs professionnelles ». *Gestions hospitalières*, pp.187-196.

CORBET E., Juin 2000, « Les concepts de violence et de maltraitance ». *Actualité et Dossier en Santé Publique*, n°31, pp. 20-25.

CREOFF M., Juin 2000, « Les maltraitements institutionnels ». *Actualité et Dossier en Santé Publique*, n°31, pp. 52-56.

DANANCIER J., Juin 2007, « Les collectivités territoriales ont un rôle capital à jouer ». *Direction(s)*, n°42, pp. 25-26.

ENDROIT A., Mai 2007, « Agir pour développer la bientraitance et lutter contre la maltraitance ». *Bulletin juridique de la santé publique*, n° 103, pp.13-14.

LEBAS J., Juin 2000, « Maltraitements et violences : le désarroi des acteurs de santé publique ». *Actualité et Dossier en Santé Publique*, n°31, p. 1.

LEFEBVRE J., Septembre-Octobre 2006, « Gestion des risques et évaluation des pratiques professionnelles ». *Techniques hospitalières*, n°699, pp.29-45.

LEPESQUEUX M., Mai 2006, « Le cadre de santé, un acteur clé dans l'évaluation des pratiques professionnelles ». *Soins cadres*, n°58, pp.45-46.

MACREZ P., Juin-Juillet 2007, « La maltraitance des personnes vulnérables ». *L'aide-soignante*, n°88, pp.12-13.

M.A.M.A., 2004, « Des causes de la maltraitance involontaire ». [22/01/2008], disponible : <http://a.mama.monsite.wanadoo.fr/page4.html>

MANCIAUX M., Juin 2000, « De la maltraitance à la bientraitance ». *Actualité et Dossier en Santé Publique*, n°31, pp. 63-65.

MARTIN J.R., 4^{ème} trimestre 2000, « La personne âgée et la maltraitance en institution ». *Soins cadres*, n°36, pp. 42-45.

MARTIN J.R., Septembre 2000, « Soins et maltraitance en institution gériatrique : Quels projets pour une meilleure qualité de vie ? ». *Techniques Hospitalières*, n°649, pp. 79-82.

MOUNIC V., Mai 2005, « La gestion des risques dans la deuxième procédure d'accréditation ». *Gestions hospitalières*, pp.325-327.

PIRAUD-ROUET C., Juin 2007, « Bientraitance, la positive attitude ». *Direction(s)*, n°42, pp. 22-24.

PLANTET J., 22 février 2007, « Dossier : Etre vieux et bien traité, une gageure ». *Lien social*, n°829, pp. 8-16.

SEBAG-LANOE R., Juin/Juillet 2004, « La violence en gériatrie ». *Objectifs soins*, n°127, pp. 14-17.

SIBONI S., Février 2007, « Etre vieux et bien traité, une gageure ? ». *Lien social*, n°829, pp.11.

TOURNEBISE Th., 2007, « Bientraitance envers les patients et les personnes âgées ». [22/01/2008], disponible : <http://www.maieusthesie.com/nouveautes/article/bientraitance.htm>

Rapports :

DEBOUT M., 2003, *Prévenir la maltraitance envers les personnes âgées. Rapport présidé par Michel DEBOUT*, Ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité, Secrétariat d'Etat aux personnes âgées, Direction générale de l'action sociale, Editions ENSP, 77p.

HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE., Mai 2004, *Violences et santé*, Ministère des solidarités, de la santé et de la famille, 190p.

Rapport de commission d'enquête n°339 (2002-2003) de MM. JUILHARD J.M. et BLANC P., *Maltraitance envers les personnes handicapées : briser la loi du silence*, [24/07/2008], disponible : <http://www.senat.fr/rap/r02-339-1/r02-339-1.html>

FEDERATION HOSPITALIERE DE FRANCE, 2007, *Guide de bientraitance/maltraitance à usage des établissements et institutions*. [22/01/2008], disponible : <http://www.fhf.fr/dossiers/dossiers-fiche.php?id=2393&p=12&r=45>

Mémoires :

GARCIA S., promotion 2001-2002, *La bientraitance des personnes âgées, face aux négligences banalisées en institution*, Mémoire de directeur d'établissement sanitaire et social public : ENSP Rennes.

GRELET L., 2005, *La lutte contre la maltraitance en établissement pour personnes âgées dépendantes : quelle politique du directeur des soins*, Mémoire de directeur des soins : ENSP Rennes.

LO RE F., promotion 2005-2006, *Lutte contre la maltraitance dans les établissements sociaux et médico-sociaux de la région Nord Pas de Calais. Apports du programme d'inspection*, Mémoire de médecin inspecteur de santé publique : ENSP Rennes.

MARTIN J.R., 1992, *L'infirmier général et la violence en gériatrie : quel projet pour une meilleure qualité de vie ?*. Mémoire d'infirmier général : ENSP Rennes.

THEBAULT P., 2005, Dossier documentaire. *Maltraitance, bientraitance : prévenir les violences institutionnelles*, MIP santé publique 2005 : ENSP Rennes.

Liste des annexes

Extrait du Plan de développement de la bientraitance et de renforcement de la lutte contre le maltraitance, 14 mars 2007, Ministère délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille....	p.III
Charte de la personne âgée dépendante	p.VII
Charte de bientraitance	p.IX



**Ministère délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées,
aux Personnes handicapées et à la Famille**

**PLAN DE DÉVELOPPEMENT
DE LA BIEN-TRAITANCE
ET DE RENFORCEMENT DE LA LUTTE
CONTRE LA MALTRAITANCE**

14 mars 2007

**Philippe BAS, ministre délégué à la Sécurité sociale, aux
Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille**

Contacts:

Juliette LAFONT, Conseillère communication, 01 40 56 70 46
Laure ESPINASSIER, Attachée de presse, 01 40 56 65 50

PLAN DE DÉVELOPPEMENT DE LA BIENTRAITANCE ET DE RENFORCEMENT DE LA LUTTE CONTRE LA MALTRAITANCE

La maltraitance est inacceptable, quels que soient son degré et les formes qu'elle revêt. Elle existe, malheureusement, en établissement et à domicile et peut frapper des personnes âgées comme des personnes handicapées. Elle doit être combattue avec détermination, pour protéger toutes celles et tous ceux qui sont en situation de fragilité et ne peuvent se défendre. C'est une mission prioritaire et humanitaire, qui doit être renforcée afin qu'il n'y ait plus en France de cas de maltraitance.

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.

Pourquoi un plan de lutte contre la maltraitance ?

- ▶ Parce que tout acte de maltraitance est inacceptable, d'autant plus qu'il s'exerce sur des personnes fragiles et souvent dépendantes : personnes âgées, personnes handicapées. Même si le dévouement des personnels est généralement exemplaire.
- ▶ Parce que la maltraitance est malheureusement un phénomène réel, même s'il demeure rare : sur les trois dernières années, 935 signalements ont été reçus par les Directions départementales des Affaires sanitaires et sociales, pour 960 000 personnes accueillies en établissements pour personnes âgées et pour personnes handicapées.
- ▶ Parce que la maltraitance peut prendre des formes très diverses, qui ne sont pas toujours immédiatement visibles : négligence, violences psychologiques ou morales, jusqu'à des actes de maltraitance physique ou sexuelle. La négligence grave est une forme de maltraitance : par exemple, le fait de ne pas effectuer de changes assez fréquents des personnes incontinentes, ce qui provoque d'abord l'inconfort puis les escarres. Il y a aussi des violences psychologiques et morales, comme l'absence de respect de l'intimité et de la pudeur (par exemple, la toilette d'un résident effectuée sans fermer la porte de la chambre).
- ▶ Parce qu'au-delà des actes de maltraitance proprement dits, beaucoup de personnes âgées ou handicapées souffrent aussi de l'indifférence. Ce qu'on appelle parfois la « maltraitance passive » prend ainsi la forme de petites négligences : par exemple, lever ou coucher les résidents trop tôt, ne pas répondre aux appels, faire des toilettes trop rapides, servir des repas trop tôt... Autant que par l'augmentation nécessaire du nombre des professionnels dans les

établissements, la réponse à cette situation passe par une double action auprès des personnels, qui doivent être sensibilisés et formés à la bientraitance et recevoir un soutien psychologique s'il y a lieu.

- ▶ Parce que la maltraitance peut aussi être financière. Cela va des abus de confiance aux escroqueries, en passant par les vols simples ou aggravés. Tous ces actes sont des délits réprimés par le juge. La loi réformant les tutelles, adoptée en février par le Parlement, va contribuer à prévenir cette forme de maltraitance.
- ▶ Parce que la lutte contre la maltraitance nécessite de mettre en place un système rigoureux d'auto-évaluation des établissements et de contrôle externe : d'abord en mobilisant les responsables d'établissement, à travers des engagements de qualité et une évaluation externe de leur établissement, par un organisme indépendant ; ensuite en renforçant les contrôles des services de l'Etat, leur fréquence et les suites qui y sont données.
- ▶ Parce que les risques de maltraitance peuvent être mieux anticipés. D'un côté en facilitant le signalement, notamment par les familles ; de l'autre, en mettant en place une culture de la bientraitance, reposant sur le respect de la personne. Cette culture de la bientraitance passe d'abord par un projet de vie et un projet de soins adaptés à l'état de santé de la personne, à ses choix de vie et jusqu'en fin de vie. Elle requiert la mise en place de protocoles de prise en charge (par exemple, il est inutile d'imposer des couches à une personne qui n'est pas incontinente !). Elle appelle aussi quantité de gestes simples. Veiller au respect des choix de la personne concernée : heure à laquelle elle souhaite se lever, petit-déjeuner, toilette, vêtements qu'elle souhaite porter, voisins de table... Appeler quelqu'un par son nom, le vouvoyer, donner une place aux familles si elles le souhaitent...
- ▶ Parce que la mise en œuvre de la bientraitance et la lutte contre la maltraitance demandent une mobilisation concertée de l'ensemble des acteurs concernés : services déconcentrés de l'Etat (DDASS), qui ont pour mission de contrôler tous les établissements pour personnes âgées et pour personnes handicapées ; services d'aide sociale des Conseils généraux, qui gèrent directement certains établissements (maisons de retraite, foyers non médicalisés, foyers d'hébergement et foyers de vie pour personnes handicapées) ; ensemble des personnels des établissements, quel que soit leur niveau de responsabilité ; autres professionnels du secteur social et médico-social, qui doivent être associés à cette démarche.

Un plan d'action en 10 mesures concrètes

I / Développer une culture de la bientraitance dans les établissements

- En lançant l'**Agence nationale d'évaluation sociale et médico-sociale (ANESM)**, qui sera l'agence de la bientraitance ;
- En incitant les établissements à mettre en œuvre une **démarche d'amélioration de la qualité**, grâce à une auto-évaluation, à la fixation d'objectifs d'amélioration de la qualité et à des contrôles externes ;
- En diffusant les **bonnes pratiques**, en sensibilisant et en formant les personnels, en les aidant à faire évoluer leurs comportements pour améliorer la qualité de vie des résidents et leur propre travail, et en leur apportant le soutien psychologique nécessaire aux conditions difficiles dans lesquelles ils exercent parfois leur métier ;
- En renforçant les **effectifs** dans les établissements et en veillant aux critères de recrutement. Les personnels doivent être suffisamment nombreux et qualifiés, formés à la psychologie de la personne âgée, à la spécificité du soin gériatrique, reconnus en tant que tels et soutenus dans leur travail ;
- En poursuivant l'**amélioration du cadre de vie** des résidents (le plan de modernisation et d'humanisation des maisons de retraite et établissements pour personnes handicapées, lancé en 2006, a été reconduit en 2007), ce qui contribue aussi à offrir de meilleures conditions de travail aux professionnels.

II / Renforcer la lutte contre la maltraitance

- En facilitant les **signalements de maltraitance**, grâce à :
 - la généralisation des antennes d'accueil téléphonique dans tous les départements
 - une campagne d'information sur le numéro d'accueil téléphonique national et l'extension des plages horaires d'écoute ;
- En désignant dans chaque DDASS un "**correspondant maltraitance**", identifié, coordonnant les informations en provenance des différents services de l'Etat ou des services du Conseil général, et assurant le suivi des dossiers ;
- En doublant le **nombre des inspections** dans les établissements ;
- En veillant à l'**application des sanctions** et en mettant en œuvre un **meilleur suivi des contrôles** ;
- En étendant les compétences du **Comité national de Vigilance contre la maltraitance aux personnes handicapées** ;
- En appliquant la nouvelle loi sur la réforme des tutelles pour lutter contre la maltraitance financière (*pour mémoire*).

Charte de la personne âgée dépendante



©

Les 14 Principes généraux

- Toute personne âgée dépendante garde la liberté de **choisir son mode de vie**.
- **Le lieu de vie** de la personne âgée dépendante, domicile personnel ou établissement, doit être choisi par elle et adapté à ses besoins.
- Toute personne âgée dépendante doit conserver la liberté de communiquer, de se déplacer et de **participer à la vie de la société**.
- **Le maintien des relations familiales** et des réseaux amicaux est indispensable aux personnes âgées dépendantes.
- Toute personne âgée dépendante doit pouvoir garder la **maîtrise de son patrimoine et de ses revenus** disponibles.
- Toute personne âgée dépendante doit être encouragée à **conserver des activités**.
- Toute personne âgée dépendante doit pouvoir participer aux **activités religieuses ou philosophiques** de son choix.
- **La prévention de la dépendance** est une nécessité pour l'individu qui vieillit.
- Toute personne âgée dépendante doit avoir, comme toute autre, **accès aux soins** qui lui sont utiles.
- Les soins que requiert une personne âgée dépendante doivent être dispensés par des **intervenants formés, en nombres suffisants**.

- Soins et assistance doivent être procurés à la **personne âgée en fin de vie** et à sa famille.
- **La recherche multidisciplinaire sur le vieillissement** et la dépendance est une priorité.
- **Protection juridique de la personne**: Toute personne en situation de dépendance devrait voir protégés non seulement ses biens mais aussi sa personne.
- L'ensemble de **la population doit être informé** des difficultés qu'éprouvent les personnes âgées dépendantes.

CHARTRE ETABLIE EN 1997 PAR LA FONDATION NATIONALE DE GERONTOLOGIE

Charte de bientraitance

- 1) Respecter les 10 règles d'or de l'hospitalité
- 2) Prendre en considération la liberté de choix et de décision du résident
- 3) Identifier les besoins et les capacités de chacun afin d'apporter une réponse adaptée
- 4) Etre attentif à la qualité de la communication verbale et non verbale ainsi qu'aux relations avec le résident
- 5) Favoriser les déplacements du résident en respectant son confort et son rythme, en tenant compte de ses désirs d'aller et venir et de sa pathologie
- 6) Prendre en compte les goûts, les habitudes et les capacités du résident pour la restauration
- 7) Rassurer la personne et rester attentif à ses besoins jour et nuit
- 8) Identifier les moments de détresse du résident et chercher ensemble des solutions
- 9) Préserver la dignité et l'estime de soi du résident au travers de son apparence et en tenant compte de ses habitudes de vie
- 10) Respecter l'espace personnel et l'intimité du résident, en particulier au cours des soins
- 11) Accompagner le résident en fin de vie et veiller à son confort
- 12) Favoriser l'autonomie (privilégier le « faire faire » plutôt que le « faire à la place de »)
- 13) Reconnaître la personne âgée comme un adulte à part entière avec un vécu et une histoire de vie qui lui sont propres