

ÉTUDE

État des lieux 18 mois après la sortie du guide et des outils :
« Promouvoir la bientraitance en établissement de santé et
EHPAD »

Haute Autorité de Santé
Service communication – information
2 avenue du Stade de France - F 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX
Tél. :+33 (0)1 55 93 70 00 - Fax : +33 (0)1 55 93 74 00

Sommaire

Introduction	4
A. Objectifs	5
B. Méthode	5
1. Supports de collecte	5
2. Recueil des données.....	5
3. Analyse des données et présentation des résultats	6
C. Résultats	7
1. Profil des établissements	8
2. Connaissance et utilisation du guide.....	8
3. Difficultés rencontrées dans la promotion de la bientraitance	10
4. Expériences de l'utilisation des outils du guide FORAP-HAS et perspectives d'évolution des outils : principaux résultats.....	12
5. Perception globale des outils	14
6. Perspectives de travaux souhaités.....	15
D. Discussion	16
E. Enjeux de la poursuite des travaux sur la promotion de la bientraitance	19
F. Membres du groupe de travail FORAP-HAS	20
G. Annexe – Questionnaire utilisé	21
H. Références documentaires	25

Introduction

Les établissements de santé sont à la fois un lieu d'exercice médical et un lieu de vie pour les usagers qui y sont pris en charge et pour les professionnels qui y travaillent. Parfois, cette double fonction entraîne de la maltraitance ordinaire, crée chez le patient ou ses proches un sentiment d'abandon, de non-écoute. Dès 2010, la FORAP (Fédération des organismes régionaux et territoriaux pour l'amélioration des pratiques et organisations en santé) s'est mobilisée sur le sujet. Les premiers travaux ont débuté par un état des lieux sur les attentes et besoins des établissements de santé et EHPAD en matière de promotion de la bientraitanceⁱ : un questionnaire diffusé par les structures régionales d'évaluation (SRE) de la FORAP à plus d'une centaine établissements de santé a permis de définir leurs pratiques actuelles et leurs besoins. Il a aussi permis d'identifier les points de blocage à la mise en place d'une démarche de bientraitance au sein de leurs établissements.

La HAS montre une implication forte sur le sujet depuis plusieurs années. La parution de l'étude réalisée en 2009 pour la HAS sur la maltraitance ordinaireⁱⁱ par le cabinet Claire Compagnon conseil en a été un premier témoignage. La promotion de la bientraitance a depuis été intégrée dans le manuel de certification V2010ⁱⁱⁱ. La nouvelle itération de la certification, dite V2014, poursuit sur cette lancée en considérant la thématique bientraitance et droits des patients comme une thématique incontournable à la fois du compte qualité et de la visite.

Il était donc tout naturel que la FORAP et la HAS s'allient afin de produire un guide^{iv} pour aider chaque établissement de santé, selon sa problématique propre, à mettre en place une politique et des actions en faveur de la bientraitance. Le guide publié en mai 2012 regroupe des outils pour les professionnels, imaginés, créés, testés et validés par les SRE adhérentes à la FORAP. Il s'agit d'une démarche d'ensemble coproduite avec des représentants des usagers. Le guide propose une démarche de déploiement à l'échelle de l'établissement et un large panel d'outils invitant les professionnels de santé à se poser les bonnes questions sur la bientraitance dans leur établissement et à évaluer les évolutions de la qualité de la prise en charge. Les professionnels trouvent aussi de quoi rédiger une charte de la bientraitance, animer les équipes autour du thème, construire une cartographie des risques propre à leur établissement ou encore monter des sessions de formation internes. Les outils sont proposés au travers de six situations correspondant à des besoins spécifiques d'accompagnement pour les établissements en termes de déploiement de la bientraitance. Dans les suites de la parution du guide et des outils, des sessions de sensibilisation et de formation des professionnels de santé et des représentants d'usagers ont été organisées par la HAS et la FORAP tant sur le plan national que régional. Ces dernières se sont déroulées au cours du premier semestre 2013 permettant de faire connaître et utiliser les outils. Les régions ont poursuivi ces séances de formation et se sont saisies de la déclinaison des outils auprès des établissements de santé et EHPAD au travers de groupes de travail, d'ateliers d'accompagnement, de journées de partage d'expériences permettant de diffuser les messages au plus près des professionnels de terrain.

A. Objectifs

Dix-huit mois après la parution du guide FORAP-HAS sur la promotion de la bientraitance et des outils développés par chaque SRE en région¹, le groupe de travail a souhaité établir un état de l'utilisation des outils en région et recueillir les besoins et attentes des établissements. Cet état des lieux a permis d'identifier :

- un niveau d'utilisation des outils du guide FORAP-HAS « Promotion de la bientraitance » ;
- les points de vigilance, leviers et limites des outils dans leur utilisation ;
- des pistes d'amélioration des outils ;
- les besoins pour de nouveaux outils de promotion de la bientraitance ;
- des pistes de déploiement de cette thématique en tenant compte des remarques et priorités du terrain.

B. Méthode

1. Supports de collecte

Un **questionnaire** (cf. annexe) abordant la connaissance et l'utilisation du guide et des outils a été construit par le groupe de travail FORAP-HAS entre juin et décembre 2013.

Le questionnaire comportait 27 questions réparties en sept parties : présentation de l'établissement répondant (4 questions), connaissance du guide (5 questions), utilisation des outils du guide ou autre (4 questions), expérience d'utilisation pour chacun des sept outils du guide (9 questions), impact de l'utilisation des outils du guide (2 questions) et avis sur des perspectives d'évolution du guide (3 questions). Les questions étaient de quatre types : question à réponse binaire (oui ou non), question à choix multiple, question à texte libre, échelle de notation (de 0 à 10). Ce questionnaire se présentait sous la forme d'un formulaire de saisie en ligne développé sur Survey Manager™.

2. Recueil des données

Le questionnaire a été adressé par mail par chacune des SRE aux membres de leur mailing-list régionale (directeurs, directeurs des soins, présidents de CME, cadres de santé et professionnels membres des groupes de travail régionaux ou ayant participé à des actions de formation ou d'information sur la promotion de la bientraitance) ainsi qu'aux professionnels ayant participé aux journées de présentation nationale du guide FORAP-HAS.

¹ Réseau QualiSanté, CEPPrAL, CCECQA, Réseau Santé Qualité, RBNSQ et RéQua

Tableau 1. Répartition par SRE des professionnels et établissements sollicités

	Nombre de professionnels ciblés	Nombre d'établissements ciblés
CCECQA	318	157
CEPPRAL	1 950	NC
QualiSanté	134	109
RBNSQ	102	79
Réseau Santé Qualité	381	103
RéQua	121	121

NB : NC – non calculable

Le recueil a débuté le 20 janvier 2014 pour se clôturer le 10 mars 2014.

3. Analyse des données et présentation des résultats

L'analyse des données avait pour objectif **d'évaluer le niveau d'appropriation du guide FORAP-HAS et de ses outils de façon qualitative**, prenant en compte des expériences relatées par les utilisateurs. L'analyse a été descriptive.

Les réponses aux questions à texte libre relatives aux points de vigilance, leviers et difficultés pour chaque outil ainsi que les difficultés rencontrées dans la promotion de la bientraitance ont été classées en thèmes par le groupe de travail FORAP-HAS en deux temps : classement lors d'une réunion de travail, puis contre-validation du classement à distance après relecture. Les 22 thèmes de classement étaient les suivants :

- Lié au temps dédié
- Lié à la culture
- Lié aux modifications des organisations
- Lié à la mobilisation des professionnels
- Lié aux effectifs
- Lié aux contraintes financières
- Lié à la formation
- Lié au type de personnes accueillies
- Lié aux compétences disponibles
- Lié à l'étendue du champ d'action
- Lié à une démarche débutante
- Lié à la politique de l'établissement
- Lié à la pérennisation de la démarche
- Lié à la communication
- Lié à l'encadrement de proximité
- Lié à la disponibilité d'outils
- Lié à la terminologie
- Lié à la compréhension de l'outil
- Lié à l'adaptabilité de l'outil
- Lié à la mise en œuvre de l'outil
- Lié aux résultats de l'outil
- Lié aux modifications des pratiques

Concernant l'effet de chaque outil mesuré sur une échelle de 0 à 10, un score médian sur 10 a été calculé, l'étendue est indiquée sur un diagramme en barre horizontale.

Une synthèse présente les résultats principaux de chaque outil en termes de critères de choix, de type de professionnels impliqués et d'effet. Un mode visuel a été choisi afin de donner une indication sur la distribution des réponses : ● pourcentage de réponses supérieur à deux tiers (ou score médian supérieur ou égal à 6,7) ; ● pourcentage de réponses compris entre un tiers et deux tiers (ou score médian compris entre [3,3 et 6,7]) ; ● pourcentage de réponses inférieur à un tiers (ou score médian inférieur à 3,3). En complément, les résultats détaillés pour chaque outil sont présentés sur une fiche recto verso.

C. Résultats

Les points clés

- L'enquête a mobilisé l'ensemble des filières tant sur le secteur sanitaire que sur le secteur médico-social : MCO, SSR, SLD, santé mentale, HAD, EHPAD, handicap.
- Trois cent vingt-sept questionnaires ont été remplis.
- 70,5 % des répondants connaissent le guide, dont 72,9 % *via* le site Internet de la Haute Autorité de Santé et 48,5 % par les SRE.
- La participation aux ateliers de formation n'est pas systématique (21,8%).
- Les outils du guide FORAP-HAS ont été utilisés par 47,5 % des répondants. 62,2 % des répondants ont utilisé d'autres outils, notamment le programme Mobiquel (28 citations) et des outils créés en interne (20 citations).
- L'enquête permet d'obtenir des exemples d'utilisation sur l'ensemble des outils du guide FORAP-HAS de façon quantitative mais aussi qualitative : points de vigilance, leviers, limites, critères de choix, type de professionnels impliqués, mode d'utilisation de l'outil, effets de l'outil sur la promotion de la bientraitance.
- L'enquête montre une perception globale des outils en faveur de la mise en place d'actions (92,5 %) avec majoritairement des axes de formation et de sensibilisation (94,1 %) et un questionnement éthique (64,4 %).
- Toutefois, cette perception globale est moins en faveur du renforcement de la place des CRU, des CVS et du management des équipes. Le critère de choix des outils pour un travail collaboratif avec la CRUQPC ou le CVS est très rarement cité.
- Deux cent sept commentaires ont été rédigés sur les difficultés rencontrées dans la promotion de la bientraitance. Parmi ceux-ci, une grande proportion de difficultés est liée au temps dédié, à la culture, aux modifications des organisations et à la mobilisation des professionnels.
- Les attentes des répondants portent sur des retours d'expérience de stratégie de promotion de la bientraitance (64,6 %), des outils à destination des patients/résidents (61,2 %) et des retours d'expériences sur l'utilisation des outils (49,6 %).

1. Profil des établissements

Tableau 2. Caractéristiques des répondants

	N	eff.	(%)
Secteur	327		
médico-social	98		(30,0)
sanitaire	128		(39,1)
les 2	101		(30,9)
Filière de prise en charge dans le sanitaire	223		
MCO	133		(59,6)
SSR	146		(65,5)
SLD	70		(31,4)
santé mentale	46		(20,6)
HAD	37		(16,6)
Filière de prise en charge dans le médico-social	190		
EHPAD	174		(91,6)
handicap	33		(17,4)

Trois cent vingt-sept questionnaires ont été exploités, correspondant à 315 structures différentes².

2. Connaissance et utilisation du guide

2.1. Connaissance du guide

Deux cent vingt-neuf répondants sur 325 (70,5 %) disent connaître le guide, principalement *via* le site de la HAS, mais aussi pour un tiers d'entre eux par une SRE.

Tableau 3. Principales sources de connaissance du guide (n =225)

	n	Eff.	(%)
Via le site Internet de la Haute Autorité de Santé	165		(73,3)
Par présentation du guide par votre structure régionale d'appui et d'évaluation	82		(36,4)
Via le site Internet de la FORAP	19		(8,4)
Lors d'un colloque	17		(7,6)
Par communiqué de presse	16		(7,1)
Par un collègue	15		(6,7)
Autre :	8		(8,6)
<i>dans le cadre de la certification (2)</i>			
<i>formation externe (3)</i>			
<i>par l'ARS (1)</i>			
<i>recherche Internet (2)</i>			

² Pour 12 structures, deux questionnaires ont été complétés : un pour le secteur sanitaire et un pour le secteur médico-social (4 cas), un pour le court séjour et un pour le secteur psychiatrique (1 cas), un pour chaque structure médico-sociale (1 cas).

2.2. Formation au guide et aux outils

Soixante et onze répondants sur 325 (21,8 %) ont participé à un atelier ou une formation. Parmi ceux qui n'ont pas suivi de formation, 188 sur 230 (81,7 %) expriment leur intérêt de pouvoir en bénéficier. Les commentaires libres ont permis d'affiner la nature des besoins en formation (tableau 4).

Tableau 4. Besoins exprimés en formation

Thèmes	Citations (nb)	Exemples
Connaître les outils	22	« Comprendre l'utilité et le fonctionnement de chaque outil »
Aider au déploiement	14	« Un déclencheur pour travailler ensemble, professionnels et représentants d'usagers »
Savoir utiliser les outils	10	« Cela m'a servi à mieux appréhender les outils dans leur utilisation »
Échanger	10	« Échanges avec les collègues, précisions pratiques sur les outils »
Identifier les clés du déploiement de la promotion de la bientraitance	6	« Mise en place de la méthodologie pour le développement de la bientraitance dans les établissements »
Se situer	2	« De se situer par rapport au travail entrepris dans l'établissement »
Non-utilité	1	« Malheureusement, ces outils ne sont pas utilisables en l'état par une structure telle que la nôtre (accompagnement d'enfants déficients sensoriels insérés en milieu scolaire de semaine uniquement) »

2.3. Utilisation du guide et des outils

Sur 302 répondants, 153 (47,8 %) disent avoir utilisé le guide FORAP-HAS ou au moins un de ses outils proposés. Il est à noter que parmi les 229 répondants ayant déclaré connaître le guide, 88 (38,4 %) ne l'ont pas utilisé.

Sur 164 répondants, 102 (62,2 %) disent avoir utilisé d'autres outils : il s'agit majoritairement d'outils à destination des professionnels intervenant dans le médico-social ou auprès des personnes âgées (Mobiqual, recommandation Anesm^v, humanitude...) (tableau 5).

Tableau 5. Nature des autres outils utilisés

Catégorie	Citations (nb)	Exemples
Programme Mobiquel	26	Valisette « bientraitance »
Outil créé en interne	20	Après-midi pluridisciplinaire – analyse de cas Charte interne de la bientraitance Grille d'auto-évaluation propre à l'établissement Théâtre forum Grille d'audit interne Questionnaire à l'attention des patients Comité d'éthique
Guide/ouvrage	12	Charte des droits et libertés de la personne accueillie, charte des droits et libertés de la personne âgée Charte de la personne hospitalisée La maltraitance ordinaire dans les établissements de santé (2009) Guide FHF Guide Croix Rouge française
Recommandation de l'Anesm	11	La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre
Outil territorial	10	Cartographie des risques Outils ARS Évaluation conseil général Tom et Léa (Anais) Sur le chemin de la bientraitance (RéQua)
Formation	7	Formation construite en interne Formation externe
Principe de l'humanité	7	Formation humanitude
Démarche institutionnelle	6	Procédure interne Stratégie de déploiement Programme institutionnel

3. Difficultés rencontrées dans la promotion de la bientraitance

Deux cent sept commentaires ont été rédigés³ mettant en exergue à la fois des difficultés d'ordre organisationnel ou matériel (temps dédié, effectif, contraintes financières...) et d'ordre culturel (lié es à la culture, mobilisation des professionnels, formation...).

³ Ont été exclus du tableau : les éléments qui n'ont été cités qu'à une reprise (n = 8) ainsi que les citations n'abordant pas la notion de difficultés (n = 8).

Tableau 6. Type de difficultés rencontrées dans la promotion de la bientraitance

Difficultés	Citation (nb)	Exemples de citation
Liées au temps dédié	29	« Difficultés liées au manque de temps disponible des équipes » « Le temps à dédier à ce projet, mais il fait partie de nos objectifs prioritaires » « Manque de temps pour avoir des discussions avec les équipes, notamment pour prendre un peu de recul sur des situations particulières » « Temps de rencontre avec les équipes très difficile à organiser » « Besoin de plus de temps pour les réflexion en équipe ».
Liées à la culture	27	« La démarche commence à être comprise et entendue dans les services spécifiques de personnes âgées. Ce n'est pas encore le cas dans les services de soins classiques » « Difficultés pour les professionnels de travailler sur cette thématique et particulièrement sur la notion de maltraitance qui, pour les professionnels, revêt un caractère délibéré. » « Culture peur des jugements de valeur au sein des équipes paramédicales et médicales »
Liées aux modifications des organisations	21	« La mise en place d'actions demandant une réorganisation importante du travail » « Changement des organisations »
Liées à la mobilisation des professionnels	17	« Implication difficile des soignants. Seuls les paramédicaux s'investissent dans le groupe bientraitance » «Toujours vaincre la lassitude et la routine »
Liées aux effectifs	15	« Le <i>turn-over</i> du personnel » « Tensions sur les effectifs qualifiés et <i>turn-over</i> du personnel »
Liées aux contraintes financières	11	« Contexte économique difficile » « Financement des "soins de confort" (socio-esthétique, relaxation, etc.) »
Liées à la Formation	9	« Le déploiement de la formation-sensibilisation à l'ensemble des professionnels et le <i>turn-over</i> des professionnels, notamment des référents bientraitance »
Liées au type de personnes accueillies	9	« Évolution de la population accueillie avec majoration des troubles du comportement et de la violence » « Les difficultés liées à la population accueillie en santé mentale et aux modes de placement »
Liées aux compétences disponibles	8	« Manque de relais compétent en interne pour promouvoir la bientraitance » « Difficulté à mettre en place le référent bientraitance »
Liées à l'étendue du champ d'action	8	« Le caractère vaste de la thématique rend difficile le travail ciblé »
Liées à une démarche débutante	8	« Les choses se font petit à petit, c'est un concept nouveau qui entre peu à peu dans notre établissement »
Liées à la politique de l'établissement	7	« À ce jour, l'établissement n'a pas formalisé sa politique de bientraitance mais est soucieux d'accompagner ses résidents avec une éthique de la bientraitance. » « Absence de politique »
Liées à la pérennisation de la démarche	6	« Maintenir la dynamique, l'alerte sur la bientraitance et le bien agir dans le contexte hospitalier actuel (augmentation de l'activité, diminution des durées d'hospitalisation, travail sur "x" thématiques transversales simultanément...) »
Liées à la communication	5	« Déterminer le message pertinent de promotion de bientraitance pour une communication impactant auprès des professionnels sans avoir un discours moralisateur et en tenant compte des contraintes et de la réalité du terrain » « Manque de relais de l'information par certains cadres »
Liées à l'encadrement de proximité	5	« Intégration des recommandations de bientraitance dans les pratiques du management opérationnel des équipes difficile »
Liées à la disponibilité d'outils	4	« Manque de support d'information à visée des patients et des professionnels » « L'absence d'outils adaptés à notre type de structure. Il en existe peu adaptés au handicap, ne parlons pas de jeunes insérés en milieu scolaire... »
Liées à la terminologie	2	« Terminologie notion complexe à traduire en termes accessibles à tous »

4. Utilisation des outils du guide FORAP-HAS et perspectives d'évolution des outils : principaux résultats

Tableau 7. Critères de choix de l'utilisation des outils

Outils	Critères de choix de l'utilisation des outils				
	Etablir un état des lieux	Préparer la certification	Remobiliser les équipes	Redynamiser la démarche	Travailler avec la CRU/ le CVS
Cartographie des risques					
Regards Croisés					
Bientraitance en situation de vie					
Charte de bientraitance					
EPP Bientraitance					
Auto-contrôle des pratiques					

Lecture : pourcentage de réponses supérieur à deux tiers pourcentage de réponses compris entre un tiers et deux tiers pourcentage de réponses inférieur à un tiers

Les outils ont principalement été utilisés pour établir un état des lieux et préparer la certification. Aucun n'a permis d'instaurer un travail avec les CRU dans les établissements de santé ou le CVS dans les établissements médico-sociaux.



















Tableau 8. Type de professionnels impliqués dans le déploiement des outils




Outils	Type de professionnels impliqués				
	Direction des soins	Administratif cellule qualité	Paramédicaux	Médecins	Techniques logistiques
Cartographie des risques					
Regards Croisés					
Bientraitance en situation de vie					
Charte de bientraitance					
EPP Bientraitance					
Auto-contrôle des pratiques					

Lecture : pourcentage de réponses supérieur à deux tiers pourcentage de réponses compris entre un tiers et deux tiers pourcentage de réponses inférieur à un tiers

Pour les répondants, les médecins ont été moins concernés que les paramédicaux par l'utilisation des outils pour le développement d'une démarche de bientraitance. Quant aux professionnels des métiers techniques et logistiques, ils n'ont pas été impliqués dans les démarches.

Tableau 9. Effet de chaque outil selon les acteurs

Outils	Effet de l'outil à l'échelle de...		
	Du management	Des professionnels	Des personnes accueillies
Cartographie des risques			
Regards Croisés			
Bientraitance en situation de vie			
Charte de bientraitance			
EPP Bientraitance			
Auto-contrôle des pratiques			

Lecture :  score médian supérieur ou égal à 6,7  score médian compris entre 3,3 et 6,7  score médian inférieur à 3,3

L'impact sur les acteurs varie selon les outils, mais reste toujours modeste concernant les usagers.

Tableau 10. Mode d'utilisation des outils⁴

Outils	Utilisation des outils	
	Seul	En combinaison avec d'autres outils
Cartographie des risques	15	39
Regards croisés	19	36
Bientraitance en situation de vie	6	13
Charte de bientraitance	12	56
EPP Bientraitance	3	26
Auto-contrôle des pratiques	19	40

- **L'outil « auto contrôle des pratiques »** a été utilisé 19 fois seul et a été associé à un autre outil dans 40 cas. Les associations les plus fréquentes sont avec l'outil regards croisés (n = 5), regards croisés + charte de bientraitance (n = 5), et charte de bientraitance (n = 4), avec cartographie des risques + charte de bientraitance (n = 4)
- **L'outil « regards croisés »** a été utilisé 19 fois seul et a été associé à un autre outil dans 36 cas. Les associations les plus fréquentes sont avec l'outil charte de bientraitance (n = 6), auto-contrôle des pratiques (n = 5) et avec charte de bientraitance + auto contrôle des pratiques (n = 5).

⁴ Les réponses concernant l'outil d'aide à l'élaboration d'un cahier des charges de formation ne figurent pas dans les tableaux précédents en raison du faible nombre de retours (5 répondants).

- **L'outil « cartographie des risques »** a été utilisé 15 fois seul et a été associé à un autre outil dans 39 cas. Les associations les plus fréquentes sont avec l'outil charte de bientraitance (n = 8), avec charte de bientraitance + auto contrôle des pratiques (n = 4) et avec charte de bientraitance + EPP bientraitance (n = 4).
- **L'outil « charte de bientraitance »** a été utilisé 12 fois seul et a été associé à un autre outil dans 56 cas. Les associations les plus fréquentes sont avec l'outil EPP bientraitance (n = 8), la cartographie des risques (n = 8), regards croisés (n = 6).
- **L'outil « bientraitance en situation de vie »** a été utilisé 6 fois seul et a été associé à un autre outil dans 13 cas. Les associations les plus fréquentes sont avec l'outil auto contrôle des pratiques (n = 2) et la charte de bientraitance (n = 2).
- **L'outil « EPP bientraitance »** a été utilisé 3 fois seul et a été associé à un autre outil dans 26 cas. Les associations les plus fréquentes sont avec l'outil charte de bientraitance (n = 8), avec la charte de bientraitance + cartographie des risques (n = 4) et l'auto contrôle des pratiques (n = 3).
- **L'outil « cahier des charges formation »** n'a jamais été utilisé seul. Il a systématiquement été associé à un outil (charte de bientraitance, bientraitance en situation de vie, regards croisés et cartographie des risques).

5. Perception globale des outils

Sur 214 répondants, 198 (92,5 %) considèrent que l'utilisation des outils est une aide à la mise en place d'actions d'amélioration.

Deux cent deux répondants ont identifié différents axes d'amélioration produits par les outils (tableau 11). Il s'agit très majoritairement de sensibilisation et de formation. Il est à noter qu'un tiers des répondants font le lien entre bientraitance des usagers et qualité de vie au travail des professionnels. En revanche, ils ne sont que 22,8 % à considérer que cela a permis de renforcer la place de la CRUQPC ou du CVS.

Tableau 11. Axes d'amélioration produits par les outils (n = 202)

	n	Eff.	(%)
Sensibilisation et formation	190	(94,1)	
Questionnement éthique	130	(64,4)	
Management des équipes	99	(49,0)	
Qualité de vie au travail	64	(31,7)	
Renforcement de la place de la CRU ou du CVS	46	(22,8)	
Autre	32	(15,8)	

6. Perspectives de travaux souhaités

Envisageant leurs attentes pour la poursuite des travaux sur la bientraitance, dans leur grande majorité les répondants souhaitent pouvoir échanger sur leurs pratiques autour de la bientraitance (temps d'échange, retours d'expérience...).

Sur 268 répondants, 164 (près de 2/3) souhaitent que des outils soient produits pour les usagers.

Tableau 12. Attentes pour la poursuite de la démarche (n = 268)

	N	Éff.	(%)
Des retours d'expériences de stratégie de promotion de la bientraitance par des établissements	173	(64,6)	
Des outils à destination des patients/résident	164	(61,2)	
Des retours d'expériences sur l'utilisation des outils	133	(49,6)	
Des temps d'échanges entre professionnels d'une même région	123	(45,9)	
Un accompagnement personnalisé sur la mise en place des outils par votre structure régionale	96	(35,8)	
Autre	8	(3,0)	

Huit répondants ont précisé des actions souhaitées :

- de l'aide technique par rapport aux outils du guide (« création d'une plate-forme de saisie des questionnaires avec automatisation des résultats », « une comparaison des réponses entre établissements ») ;
- des outils pour des populations spécifiques (« des outils à destination des courts séjours », « Des outils spécifiques à l'accompagnement du handicap "hors les murs", et plus spécifiquement des jeunes de moins de 20 ans. ») ;
- des actions de formations (« formations plus régulières du personnel ») ;
- des outils « à destination des familles » et « pour travailler autour de la bientraitance des professionnels par les patients » ;
- des outils pour le médico-social (« penser médico-social et pas exclusivement sanitaire ou EHPAD »).

D. Discussion

L'analyse des résultats nous a permis de faire émerger trois enseignements majeurs sur l'utilisation des outils, enseignements qui permettent d'identifier les nouveaux besoins de développement.

1. Un engouement pour les outils de diagnostic

L'analyse de l'utilité des outils fait apparaître un vif intérêt pour les outils de diagnostic. Plusieurs explications peuvent être avancées.

- C'est un sujet nouveau dans le sanitaire et l'encadrement a éprouvé le besoin de faire d'abord un état des lieux sur les pratiques et le niveau de sensibilisation des professionnels, avant de lancer des actions. Utiliser des outils de diagnostic présentait l'avantage de pouvoir objectiver des éléments de pratiques et de préparer les mentalités à des actions sur le sujet. Cela d'ailleurs pouvait contribuer à sensibiliser les acteurs dans un premier temps. On peut donc raisonnablement imaginer qu'il s'agissait d'une première étape, le préalable à une démarche plus continue.
- On peut par ailleurs s'interroger sur les outils produits qui, pour la majorité, procédaient effectivement d'une démarche diagnostique. Le fait qu'ils aient été produits par les professionnels et à partir du recensement des besoins des professionnels recoupe en partie le point précédent, corroborant le fait que les besoins des professionnels notamment de l'encadrement, étaient surtout de pouvoir réaliser un état des lieux et d'amorcer une réflexion sur ce sujet.

Cette porte d'entrée entraînant une sensibilisation des professionnels ne suffit probablement pas pour s'inscrire dans une politique de bientraitance sur du long terme. De nouveaux besoins émergent afin de poursuivre et entretenir cette dynamique. Il s'agit maintenant de mobiliser à nouveau les équipes avec des démarches telles que des échanges et retours d'expérience et de permettre une analyse approfondie des pratiques en s'ouvrant de nouveaux horizons pour progresser.

2. Un développement essentiellement centré sur les paramédicaux

Mobilisés par l'encadrement paramédical et les directions de soins, les outils de promotion de la bientraitance ont moins concerné le corps médical et très peu les équipes logistiques et techniques des établissements de santé. Il est vrai que très vite le corps paramédical a fait des ponts entre ce qui fait le cœur de leur engagement, de leur métier, et la notion de bientraitance. Ce terme a d'ailleurs pu faire polémique, certains soignants s'interrogeant sur la nécessité de faire émerger une nouvelle expression, un nouveau concept pour évoquer ce qu'ils considèrent comme le quotidien de leur métier. Les directions de soins et l'encadrement s'en sont facilement saisis, pouvant y voir un outil de management de leurs équipes. D'ailleurs, pour un tiers des personnes interrogées, le développement d'une démarche de bientraitance impacte positivement la qualité de vie au travail.

Cette forte présence paramédicale contraste avec une moindre mobilisation médicale. Ce constat rejoint un constat plus global sur les difficultés de se saisir collectivement, à l'échelle d'une équipe, des enjeux spécifiques et intrinsèques des organisations autour de la qualité de la prise en charge et de mobiliser les médecins dans des projets transversaux. Les cadres paramédicaux se sont en général davantage saisis des outils de la qualité que les médecins. On peut le regretter, puisque les travaux sur la maltraitance ordinaire avaient mis en exergue que les relations avec les médecins pouvaient être à l'origine de situations difficiles, notamment sur les questions d'annonces de mauvaises nouvelles, de modalités d'information sur l'état de santé et sur les stratégies diagnostiques et thérapeutiques. Cela étant, ces dimensions sont reliées explicitement à la conception de la personne acteur de sa santé, autonome dans ses choix et partenaire du professionnel dans les décisions à prendre, y compris médicales. Or cette conception se heurte encore à des freins culturels à mettre en relief avec le troisième point de notre discussion.

Enfin, concernant la mobilisation des équipes logistiques et techniques, la quasi-absence de leur mobilisation provient probablement des outils proposés qui ont été élaborés majoritairement par des soignants et qui de fait correspondent peu aux enjeux des professionnels administratifs, logistiques et techniques. Le contact souvent indirect a rendu moins prégnant le besoin d'outillage de ces professionnels. Pour autant leurs propres pratiques et organisations impactent nécessairement l'organisation des soins et la prise en charge et donc le vécu des patients. Il serait souhaitable d'envisager d'étayer ce lien et de construire la manière de mobiliser ces professionnels, qui sont par ailleurs en demande, dénonçant le sentiment d'être souvent les oubliés des démarches alors qu'ils revendiquent leur appartenance à un établissement de santé.

3. « L'oubli paradoxal » des usagers

Alors que le guide FORAP - HAS insistait largement sur la place des usagers et le rôle central de la CRUQPC et du CVS dans le déploiement d'une politique de bientraitance, les résultats de l'enquête montrent clairement que les usagers et leurs représentants ont été les grands oubliés des démarches. En effet, la CRUQPC et le CVS ont rarement été considérés comme des partenaires du déploiement d'actions de bientraitance.

Cela peut s'expliquer en partie par la mobilisation plus importante de l'encadrement intermédiaire qui n'est pas nécessairement habitué à travailler avec la CRUQPC, le CVS et les représentants des usagers. En revanche, il est plus étonnant que les directions de soins et les responsables qualité ne se soient pas assurés de cette articulation. Cela dénote probablement que la collaboration avec les usagers n'a en réalité rien d'évident. En démarrant sur ce sujet difficile et nécessitant une forte appropriation, les professionnels se sont « protégés » et ont exclu le regard extérieur des usagers. Le paradoxe va jusqu'à voir les usagers eux-mêmes inscrits comme freins à la démarche par 9 répondants.

De fait, la logique est restée avant tout professionnelle, produisant des actions pour les usagers mais sans leur implication. Il n'est pas étonnant que l'évaluation de l'impact selon les répondants ait concerné principalement les professionnels et en priorité l'encadrement. Cela démontre l'importance aujourd'hui de considérer les usagers et leurs représentants comme des partenaires dans la construction des prises en charge et non comme des cibles passives.

Le concept de bientraitance tel que porté par la HAS et la FORAP se veut être le support à l'autonomie des patients, s'inscrivant dans le concept international d'approches centrées sur les patients⁵. Considérant le patient comme l'acteur principal de sa prise en charge et de ses choix, la bientraitance se démarque de la seule bienfaisance ou bienveillance qui commande le comportement des professionnels. Il y a donc un décalage culturel que nos outils n'ont pas pu ou pas su franchir. Notre objectif principal n'a donc pas été atteint, même si on peut mesurer l'importance de la sensibilisation en cours et de premières réflexions sur la place de la promotion de la bientraitance au sein des établissements.

Les suites devront porter plus spécifiquement sur ce point. C'est d'ailleurs un constat partagé avec les professionnels qui ont répondu, eux-mêmes demandant des outils davantage centrés sur les usagers dans les développements attendus.

⁵ Institute of Medicine (2001)

E. Enjeux de la poursuite des travaux sur la promotion de la bientraitance

La bientraitance est un concept dynamique et multidimensionnel. Son apparition dans le système de santé n'est pas neutre. Elle vise à soutenir une évolution majeure, l'irruption du malade acteur de sa santé et donc le changement de paradigme de la relation soignant-soigné et ce, dans deux de ses dimensions :

- un rééquilibrage de la relation en faveur de l'utilisateur à qui on reconnaît non seulement des droits mais également des savoirs qui viennent alimenter un processus de décision médicale partagée. Une telle évolution a de fait un impact fort sur le contenu du travail lui-même, sur les pratiques et organisations ;
- une possibilité pour le soignant, principalement le médecin, de sortir du simple colloque singulier en considérant l'équipe soignante, l'équipe de prise en charge. Plus encore cette dynamique invite les professionnels à considérer le patient dans sa globalité, prenant en compte son histoire, son environnement, ses proches, sa vie amicale, professionnelle... Autrement dit la relation ne s'opère plus entre un médecin et un malade mais entre d'une part des professionnels et d'autre part un patient et ses proches. Cela nécessite, notamment pour les médecins, d'évoluer sur la prise en compte globale du patient et la dimension « équipe » de la prise en charge.

Ces évolutions s'intègrent également dans la démarche plus globale concernant la culture qualité-sécurité des soins en articulation avec la promotion d'une part de la qualité de vie au travail des professionnels mais aussi avec celle du travail en équipe. L'interdépendance de ces différentes démarches se fait de plus en plus sentir, les ressorts étant les mêmes.

- Elles impliquent de centrer une partie importante de la réflexion sur la question du travail lui-même et de son organisation.
- Elles sont des conditions requises pour la qualité et la sécurité des soins, largement démontrées dans la littérature internationale.
- Elles sont interdépendantes : un contexte de travail positif favorise la bientraitance des patients ; des prises en charge bientraitantes pour les patients sont source de satisfaction et de valorisation pour les professionnels.

Face à ces enjeux, la poursuite des travaux s'impose pour accompagner et guider la réflexion des différents acteurs : managers, professionnels et usagers. Elle passe par une réorientation de la méthode sur un mode de co-construction avec les usagers et leurs représentants en leur permettant d'intégrer en nombre le groupe de travail, en les associant à l'analyse des résultats et à la définition des objectifs des volets suivants. Elle passe également par une réaffirmation du côté non normatif de cette démarche qui nécessitera de décaler les productions vers davantage de mise en récit et de partage d'expérience. L'enjeu de ces développements sera essentiellement de soutenir le dialogue entre usagers et professionnels.

F. Membres du groupe de travail FORAP-HAS

- Coordinatrices du groupe : Véronique Ghadi (HAS) ; Noémie Terrien (FORAP)
- Structures régionales impliquées :
 - AQuarel Santé : Anne-Laure Buttin
 - CAPPs Bretagne : Pascal Jarno, David Veillard
 - CCECQA : Sandrine Domecq
 - CEPPRAL : Claire Chabloz, Elvire Nogueira
 - QualiSanté : Noémie Terrien
 - RBNSQ : Marie-Pierre Lecureur, Marianne Pavard
 - RéQua : Sylvie Boucard, Véronique Charrier, Valentin Daucourt
 - RSQ : Pauline Bailleul

 - Expertise FORAP : Elodie Basset, Marie-José D'Alché-Gautier
- Représentants d'usagers :
 - Elyette Lelièvre (Rennes)
 - Hélène Djanaeff (Paris Est)
 - Francine Laigle (CISS Bretagne)
 - Françoise Antonini (CISS)

G. Annexe – Questionnaire utilisé



Promotion de la bientraitance État des lieux un an après la sortie du guide FORAP-HAS Janvier 2014

Dans les suites de la parution du guide FORAP-HAS 2012⁶ sur la promotion de la bientraitance et des outils développés par chaque structure d'appui et d'évaluation en région⁷, nous souhaitons établir un état des lieux de l'utilisation des outils en région et recueillir les besoins et attentes des établissements. Cet état des lieux nous permettra de poursuivre le déploiement de cette thématique en tenant compte de vos remarques et priorités. Les résultats de cette enquête feront l'objet d'un rapport d'état des lieux qui vous sera communiqué.

Nous vous proposons de compléter ce questionnaire qui, au-delà de l'information globale recueillie, vous permettra également en interne de réaliser un état des lieux intermédiaire sur le déploiement de la bientraitance dans votre établissement.

En complément de ce questionnaire, nous vous proposons de nous faire partager votre expérience au travers d'une fiche retour d'expérience permettant de valoriser la dynamique instaurée au sein de votre structure.

Comptant sur votre participation, bien cordialement.

Le groupe de travail FORAP-HAS

Identité de l'établissement

1. Nom de l'établissement : _____

Nom du pôle, de l'unité de soins ou du service (facultatif) : _____

2. Région (liste déroulante) : _____

3. Le type de votre établissement

Sanitaire

Médico-social

4. Votre filière de prise en charge

Médecine chirurgie obstétrique

Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

Soins de suite et de réadaptation

Handicap

Soins de longue durée

Santé mentale

Hospitalisation à domicile

⁶ Guide « Promotion de la bientraitance en établissement de santé et EHPAD » - FORAP-HAS – octobre 2012

⁷ Réseau QualiSanté, CEPPrAL, CCECQA, Réseau Santé Qualité, RBNSQ et RéQua

Le guide FORAP-HAS « Promotion de la bientraitance »

5. Connaissez-vous le guide FORAP-HAS et les outils associés⁸?

- Oui Non

6. Si oui, par quel intermédiaire ? (*réponse multiple*)

- Via le site Internet de la Haute Autorité de Santé
 Via le site Internet de la FORAP
 Par communiqué de presse
 Par présentation du guide par votre structure régionale d'appui et d'évaluation
 Lors d'un colloque
 Par un collègue
 Autre, précisez : _____

7. Avez-vous pu participer à un atelier ou une formation de présentation du guide et à l'utilisation des outils ?

- Oui Non

8. Si oui, en quoi cela vous a été utile ?

9. Si non, seriez-vous intéressé par une formation au sein de votre région ?

- Oui Non

Les outils de déploiement de la bientraitance

10. Avez-vous utilisé un ou plusieurs outils du guide ?

- Oui Non

11. Si oui, le(s)quel(s) ?

- Cartographie des risques (RSQ)
 Regards croisés sur la bientraitance (QualiSanté)
 Bientraitance en situation de vie (CCECQA)
 Charte de bientraitance (RBNSQ, RéQua)
 Amélioration des pratiques de bientraitance (RéQua)
 Cahier des charges de formation (QualiSanté)
 Autocontrôle des pratiques de bientraitance (CEPPRAL)

12. Si non, avez-vous utilisé d'autres outils (différents de ceux du guide) ?

- Oui Non

13. Si oui, précisez l'intitulé du ou des outils utilisés :

Concernant l'outil du guide : Nom de l'outil

Partie à compléter pour chaque outil sélectionné à l'étape précédente

14. Pour quelle(s) raison(s) avez-vous fait ce choix ?

- Préparer la certification/l'évaluation interne
 Redynamiser la démarche
 Remobiliser les équipes

⁸ Cartographie des risques (RSQ), regards croisés sur la bientraitance (QualiSanté), bientraitance en situation (CCECQA), charte de bientraitance (RBNSQ et RéQua), amélioration des pratiques de bientraitance (RéQua), cahier des charges de formation (QualiSanté), autocontrôle des pratiques de bientraitance (CEPPRAL)

- Établir un état des lieux
- Travailler avec la CRU ou le CVS
- Autre, précisez : _____

15. Quels types de professionnels ont été impliqués ? (réponse multiple)

- Directions des soins
- Administratifs, cellule qualité
- Paramédicaux
- Médecins
- Techniques/logistiques
- Autre, précisez : _____

16. L'outil et son guide d'utilisation étaient-ils suffisamment clairs ?

- Oui, très clairs
- Oui, partiellement clairs
- Non, peu clairs
- Non, pas du tout clairs

17. L'outil a-t-il été facile à utiliser ?

- Oui, très facile
- Oui, partiellement facile
- Non peu facile
- Non, pas du tout facile

18. Quelle charge de travail a été nécessaire pour l'utilisation de cet outil ?

- Acceptable
- Modérée
- Importante

19. Quels points de vigilance identifiez-vous pour l'utilisation de cet outil ?

20. Quels leviers identifiez-vous pour l'utilisation de cet outil ?

21. Quels sont pour vous les limites de cet outil ?

22. Quels effets a eu cet outil sur la promotion de la bientraitance...

22.1 À l'échelle du management ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
aucun effet										effet très important

22.2 À l'échelle des professionnels ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
aucun effet										effet très important

22.3 À l'échelle des personnes accueillies (patients, résidents, entourage, etc.) ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
aucun effet										effet très important

Globalement

23. Les outils utilisés vous ont-ils permis de mettre en place ou d'améliorer des pratiques de bientraitance au sein de votre établissement ?

- Oui
- Non

24. Si oui, quels en sont les grandes axes ?

- Sensibilisation et formation des professionnels
- Questionnement éthique
- Renforcement de la place de la CRU ou du CVS
- Management des équipes
- Qualité de vie au travail
- Autres, précisez : _____

Perspectives

25. Quelles sont aujourd'hui les difficultés que vous rencontrez pour promouvoir la bientraitance au niveau de votre établissement ?

26. Seriez-vous intéressé par... (*réponse multiple*)

- Des temps d'échanges entre professionnels d'une même région ?
- Un accompagnement personnalisé sur la mise en place des outils par votre structure régionale ?
- Des retours d'expérience sur l'utilisation des outils ?
- Des retours d'expérience de stratégie de promotion de la bientraitance par des établissements ?
- Des outils à destination des patients/résidents ?
- Autres besoins, précisez :

27. Commentaires

28. Souhaitez-vous nous faire partager votre retour d'expérience sur l'utilisation d'outils du guide ou d'autres outils ?

- Oui Non

Si vous acceptez de nous faire partager votre expérience, il vous est proposé de compléter des fiches de retour d'expérience.

Merci d'avoir pris du temps pour compléter ce questionnaire.

H. Références documentaires

- ⁱ Développement de la bientraitance - Bilan des travaux et recensement des besoins dans les établissements de santé et EHPAD de six régions françaises - Synthèse ; groupe de travail FORAP-HAS bientraitance ; septembre 2010.
- ⁱⁱ Étude sur la base de témoignages « La maltraitance ordinaire », Véronique Ghadi et Claire Compagnon, 2009.
- ⁱⁱⁱ Manuel de certification V2010 – Haute Autorité de santé, référence 10.a. « Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance ».
- ^{iv} Le déploiement de la bientraitance - Guide à destination des professionnels en établissements de santé et EHPAD ; groupe FORAP-HAS bientraitance; mai 2012.
- ^v Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre. Recommandation de bonnes pratiques. Saint-Denis : ANESM ; 2008. www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_bientraitance.pdf