



SAISINE N° 8 –

Les « bonnes pratiques » : Quand je ne suis pas en accord avec une « bonne pratique », comment fais-je en tant qu'Homme et en tant que soignant ? Comment je m'organise avec une pratique que je trouve « bonne » mais non adaptée à la situation présente ?

Avis du Comité d'Ethique en date du 1^{er} JUIN 2016

SOMMAIRE –

POUR INTRODUIRE...	p. 3
QU'EST-CE QU'UNE « BONNE PRATIQUE » ?	p. 4
L'ELABORATION D'UNE « BONNE PRATIQUE »	p. 4
L'USAGE DE LA « BONNE PRATIQUE » AU RISQUE DE L'UNIFORMISATION DU SOIN	p. 5
LA « BONNE PRATIQUE » VUE DU COTE DE LA LOI...OU PLUTOT DU COTE DU JUGE	p. 6
LA « BONNE PRATIQUE » VUE DU COTE DE L'INSTITUTION	p. 8
LA « BONNE PRATIQUE » VUE DU COTE DU SOIGNANT	p. 8
... ET VUE DU COTE DU PATIENT ?	p. 10
ETHIQUEMENT, QUE PEUT FAIRE LE SOIGNANT LORSQU'IL EST EN DESACCORD AVEC L'APPLICATION D'UNE « BONNE PRATIQUE » ?	p. 11
ET POUR TENTER DE CONCLURE...	p. 11
BIBLIOGRAPHIE	p. 12
ANNEXE 1 – Ebauche sur les recommandations de bonnes pratiques en droit	p. 13
ANNEXE 2 – Vocabulaire qualité	p. 16

-oOo-

POUR INTRODUIRE...

Le Comité d’Ethique du CPN a pour vocation de répondre à des questionnements d’ordre éthique, qui lui sont adressés sous forme de saisines émanant des professionnels ou des équipes qui constituent le personnel de notre institution. Cette instance se réserve également la possibilité de s’autosaisir à visée d’aborder des problématiques qui interrogent ses membres. Ainsi, le Comité d’Ethique du CPN a souhaité ici explorer la notion de « bonnes pratiques », d’un point de vue général pour commencer, puis en fonction d’une focale plus précise et dirigée sur l’acte soignant lui-même.

L’époque actuelle est marquée dans le système hospitalier par la gestion des coûts et la recherche de la préservation, voire le développement, de la qualité de soins, et ce malgré une baisse des moyens. Un service est d’ailleurs entièrement dédié à cette question de la qualité des soins, avec pour pendant la notion de « bonnes pratiques ». Cette qualité des soins serait tributaire d’une forme de contrôle, mais aussi d’une forme de mutation des pratiques à visée de moderniser, de développer une qualité pensée en terme d’efficacité. Pour répondre à cet objectif, différentes instances dont la Haute Autorité de Santé (HAS) tendent à développer des méthodes inspirées par le management d’entreprise dans le cadre de la recherche de rentabilité et de production.

Ainsi la notion de « bonne pratique » semble arriver jusqu’aux soignants de terrain via les rouages institutionnels, et leur fournir des protocoles de soins pré-pensés, qu’il leur est demandé d’appliquer. Ces protocoles peuvent être parfois vécus par les professionnels de soin comme porteurs d’une demande de modification de leurs pratiques. Pour des soignants qui ont pensé et expérimenté les gestes et attitudes inhérents à leur identité professionnelle depuis le début de leur carrière, c’est alors la dimension du sens de leurs pratiques qui est questionnée.

Les soins en secteur de psychiatrie sont en lien avec le rapport à la psyché, et donc avec sa théorisation, ou plutôt ses théorisations, en lien également avec des réflexions philosophiques relatives à la liberté, à l’inconscient, à l’intrapsychique, et autres dimensions existentielles d’une grande complexité, qui ouvrent et animent le débat clinique et tissent le relationnel entre patients et soignants. Alors comment penser la notion de « bonne pratique » sans risquer une simplification erronée du champ de pensée des soignants et du champ de liberté de penser des patients ?

En effet, si la notion de protocole de soins et de « bonnes pratiques » semble parlante et chargée de sens en matière d’hygiène ou dans des cadres somatiques comme la chirurgie, cette notion peut-elle être appliquée dans le cadre de soins psychiatriques ? Dans l’affirmative, comment l’appliquer ? Et jusqu’où ?

QU'EST-CE QU'UNE « BONNE PRATIQUE » ?

Dans l'idéal, une « bonne pratique » serait une pratique dont l'usage prolongé au fil du temps a permis d'en éprouver le bien-fondé, une pratique pouvant témoigner de bons résultats clairement recensés, et entraînant un minimum – sinon une absence – de dysfonctionnements divers (Debry, 2013). En cela, elle participe de la démarche qualité qui est une mise en œuvre de moyens de prévision, de prévention et de contrôle de manière progressive, afin d'atteindre les objectifs fixés de qualité. Il s'agira ici de qualité des soins. Ainsi il convient de distinguer la notion de « bonne pratique » qui est de dimension nationale, des notions de « protocole » et « processus » qui sont de dimension locale et qui sont une manière spécifiée d'accomplir une activité par une description logique d'une suite d'actions devant répondre aux questions de quoi, qui, où, quand, comment, pourquoi. Le protocole concerne une activité engageant l'intervention d'une personne, la procédure engageant quant à elle l'intervention de plusieurs personnes (cf. Annexe). Enfin existe la notion de « recommandations ». Selon l' HAS, elles sont des « *propositions développées méthodiquement pour aider le patient et le praticien à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données* ». Toujours selon l'HAS, elles devraient se limiter aux points d'amélioration et non pas à la description de la prise en charge. Elles sont identifiées à l'aide d' études de pratiques, ou en leur absence, à l'aide des avis et de l'expérience des professionnels de santé concernés par le thème. **Enfin, l'HAS spécifie que les recommandations « ...ne dispensent pas le professionnel de santé de faire preuve de discernement dans la prise en charge du patient qui doit être celle qui lui semble la plus appropriée, en fonction de ses propres constatations. »** (www.has-sante.fr/la HAS/Méthode d'élaboration des recommandations de bonne pratique).

Bonnes pratiques, protocoles, processus et recommandations, en tant que pratiques normatives, tendent à questionner justement la notion de norme, particulièrement aiguë dans le champ de la psychiatrie. En effet, comment ces pratiques - s'étayant par définition sur ce qui ferait consensus - peuvent-elles rendre compte de la spécificité du patient comme sujet unique et particulier ? Et plus encore, comment peuvent-elles contribuer à guider la dynamique de la relation entre le soignant et le soigné dans l'espace singulier de la prise en charge ?

Mais avant de tenter l'exploration d'éléments de réponse, penchons-nous d'abord sur :

L'ELABORATION D'UNE « BONNE PRATIQUE »

Les recommandations de bonnes pratiques sont pensées dans le sens du respect du patient et de la législation, sachant qu'une bonne pratique est avant tout supposée être une pratique s'étayant sur l'état actuel de la science. C'est la Haute Autorité de Santé (instituée par la loi du 13.08.2004), autorité administrative indépendante à caractère scientifique en charge de l'amélioration de la qualité de soins, qui a, entre autres choses, pour mission la promotion des bonnes pratiques et qui élabore à cet effet des recommandations à l'usage des professionnels de santé (Claudot, Juillière. 2011).

Mais comment est construit un protocole de bonnes pratiques ? Par qui et Comment ? Selon quels critères ? Une dimension philosophique y est-elle intégrée ? Comment les questions du sens et de l'objectif y sont-elles travaillées dans un acte de soin où technique et relationnel se rejoignent inmanquablement ? Dans quelle mesure y retrouve-t-on la parole du patient ? En effet, si le protocole dit quoi faire (processus descendant), il ne dit pas comment entrer en relation avec le patient. Autant de questionnements auxquels le soignant se trouve confronté...et auxquels la formalisation de la bonne pratique ne répond pas forcément....

Autrement dit, avant la construction de recommandations fondées sur de bonnes pratiques se pose la question de comment sont-elles pensées. C'est tout ce travail préliminaire d'élaboration puis cette construction qui bénéficieraient à être explicités au soignant, afin que lui-même puisse donner du sens aux actes qu'il effectue selon les recommandations en question. Ainsi la « bonne pratique » pourrait être vécue par le soignant à une juste place, entre processus descendant et processus ascendant. En effet, les soignants, et plus spécifiquement le corps médical, peuvent être impliqués dans la production des recommandations, voire en être à l'initiative (processus ascendant) afin que ces dernières constituent des ressources pour les professionnels de santé (Exemple : les recommandations dans le cadre de la thérapie du cancer. Voir bibliographie, article Castel, 2002). En ce qui concerne notamment la psychiatrie, rappelons que les premières conférences de consensus furent initiées par la Fédération Française de Psychiatrie (FFP) et non par l'ANAES, alors ancêtre de l'HAS.

Le corps médical s'est donc rapidement saisi et servi de la notion de recommandation. Prenons un exemple, la conférence de consensus organisée en 2001 sur le thème : psychopathologies et traitements actuels des auteurs d'agressions sexuelles. Cette conférence fut organisée par la FFP dans le but de faire le point sur les données existantes et de clarifier les rapports entre psychiatrie et justice, à visée de dégager des positions et pratiques communes afin de coaliser le corps psychiatrique. Autre exemple : l'audition publique de 2007 relative à l'expertise psychiatrique.

Enfin, notons que ce sont généralement des médecins, des psychiatres, des psychologues, etc. - donc essentiellement des professionnels de santé et de terrain - qui sont convoqués lors de l'élaboration des recommandations, certains d'entre eux étant également des chercheurs.

L'USAGE DE LA « BONNE PRATIQUE » AU RISQUE DE L'UNIFORMISATION DU SOIN

Nous l'avons vu, une « bonne pratique » s'étaye d'une dimension normative et relève donc d'une uniformisation des actes de soin accomplis. Rendons tout d'abord justice aux points positifs que cette uniformisation peut présenter :

- sécurité,
- minoration des risques d'erreur humaine,
- minoration du « bricolage » ponctuel qui pourrait se pérenniser et devenir systématique,
- vigilance,
- remise en question et en sens de pratiques informelles et habituelles,

- adaptation à des changements techniques, médicaux, scientifiques, institutionnels, législatifs,
- cartographie des risques *a priori* tant pour les patients que pour les soignants.

En ce sens une uniformisation des bonnes pratiques peut s'avérer étayante dans les situations de prise en charge des patients.

A contrario, une politique de l'hyper gestion des risques peut-elle entraîner d'autres risques ? Et le risque est-il éliminable ? Si la Haute Autorité de Santé établit des recommandations, appuyées sur la notion de bonnes pratiques, chaque établissement établit des protocoles, définissant une dimension de qualité des soins dont les préconisations et applications sont susceptibles d'évolution... en fonction des problèmes rencontrés et des risques encourus lors de leur gestion.

Cette dimension de la qualité des soins, émane à son origine en partie des patients, des associations de patients et de leurs familles et proches, dont la demande fut par exemple une homogénéisation de l'offre de soin: à savoir un panel d'offre équivalent quel que soit le lieu de soin. L'uniformisation aurait ici pour vocation la recherche d'une même chance d'offre de soin pour chacun. Mais est-ce vraiment possible compte tenu des spécificités et de la culture de chaque établissement ? A contrario, l'uniformisation en tant qu'offre de soins identiques pour tous les établissements, tous les services, tous les soignants et donc tous les patients, peut venir à l'encontre de la possibilité de choix pour le patient. L'uniformisation des soins implique de plus un point de vue théorique unique sous-tendant les recommandations, évacuant de fait les possibilités thérapeutiques émanant des autres champs théoriques. Donc, si elle s'avérait possible, l'uniformisation serait-elle donc pour autant souhaitable ?

Nous assistons également, en matière d'uniformisation, à une progressive modification des termes officiels utilisés formellement dans les protocoles de prise en charge des patients. Or les mots sont importants, car nous pensons avec des mots et nous pensons nos actions avec des mots. Qu'en est-il de ces glissements sémantiques beaucoup moins anodins qu'il n'y paraît en première lecture... ? Prenons par exemple les différents signifiants, substantifs, désignant la personne qui est en soins. Nommer cette personne « patient », ou « malade », ou « usager » (dans le cadre de la Fonction Publique Hospitalière), « client » (dans le cadre du soin en libéral) ou encore « soigné », convoque dans l'esprit de celui qui nomme... et dans l'esprit de celui qui est nommé... tout un champ sémantique particulier. En modifiant les mots avec lesquels nous pensons nos pratiques de soins, ce sont nos pratiques de soins qui sont au risque de s'en trouver modifiées, et il convient de rester attentif au sens de cette modification.

LA « BONNE PRATIQUE » VUE DU COTE DE LA LOI...OU PLUTOT DU COTE DU JUGE....

Jusque récemment, les recommandations de la HAS étaient opposables au médecin et pouvaient être source de responsabilité, mais elles n'étaient pas considérées comme du droit par les juges administratifs (Claudot, Juililère. 2011). Or, l'arrêt du Conseil d'Etat du 27 avril 2011 a qualifié une recommandation de la HAS « d'acte faisant grief » et a enjoint la HAS

d'abroger cette recommandation, ce dont cette institution s'est acquittée (pour plus de détails, se référer à la bibliographie, Claudot, Juilière, 2011).

Qu'en est-il alors de la valeur juridique des recommandations ?

Le Conseil d'Etat juge que les recommandations de bonnes pratiques élaborées par la Haute Autorité de Santé ont pour objet de guider les professionnels de santé dans la définition et la mise en œuvre des stratégies de soins les plus appropriées, sur la base des connaissances médicales avérées à la date de leur édicition. En ce sens elles ne sont pas du droit mais des guides de bonnes pratiques. Ceci dit, les recommandations ne sont pas à l'abri d'être des décisions en risque de causer des préjudices. En effet, leur caractère standardisé ne peut répondre aux infinies particularités et exceptions de la nature humaine. Les recommandations de bonnes pratiques, en dépit de leur caractère obligatoire, sont donc susceptibles de pouvoir faire l'objet de recours dans la mesure où elles feraient grief, à la condition qu'elles soient rédigées de façon impérative.

Pour reprendre l'intitulé de la présente saisine, à savoir « *Quand je ne suis pas en accord avec une « bonne pratique », comment fais-je en tant qu'Homme et en tant que soignant ? Comment je m'organise avec une pratique que je trouve « bonne » mais non adaptée à la situation présente ?* » Nous aborderons ici **comment se règlent les écarts dans l'application des recommandations ?** Qu'en est-il de la responsabilité du soignant en cas de non observance d'une recommandation ? Face au mouvement d'uniformisation des pratiques médicales, celui qui se singularise est-il au risque d'être perçu comme récalcitrant, voire déviant ?

Comme nous venons de l'évoquer, il est possible qu'une recommandation ne soit pas en adéquation avec la situation particulière d'un patient. Ici, si le soignant fait le choix de ne pas suivre cette recommandation, il doit pouvoir justifier de sa décision et doit tenir compte de ce que « *toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard de connaissances médicales avérées* » (art. L. 1110-5 CSP). Ces connaissances médicales avérées peuvent émaner d'autres sources que les recommandations de la HAS, comme les sociétés savantes, l'AFSSAPS (Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé),... C'est donc à la charge de celui qui a dérogé de prouver qu'il n'a pas eu tort. Précisons que le soignant est tenu de consigner par écrit ses actes de soin et de rendre compte de leur bien-fondé, et qu'en matière de droit médical, ce qui n'a pas été écrit est considéré comme n'ayant pas été fait. Plus précisément, les écrits professionnels constituent une preuve des soins apportés.

Science et législation étant en perpétuelle évolution, il conviendra donc aux soignants de rester attentifs à ne pas considérer bonnes pratiques et recommandations comme gravées dans le marbre, mais susceptibles d'interprétations contextuelles et situationnelles et susceptibles de développement.

Pour aller plus loin, voir en annexe 1 pour une ébauche sur les recommandations de bonnes pratiques en droit.

LA « BONNE PRATIQUE » VUE DU COTE DE L'INSTITUTION

Dans un premier temps, considérons cette question sous l'angle du rôle des recommandations dans les procédures de certification des établissements de santé publique, et notamment dans les questions relatives au financement de leurs activités. Un établissement certifié maximisera la probabilité d'obtenir des financements via des appels à projet qui verront ainsi le jour, drainant un public qui souhaitera bénéficier de telle ou telle offre de soins. Or, la procédure de certification s'appuie en partie sur l'élaboration et le respect de protocoles censés s'appuyer sur les recommandations. Sous cet angle la recommandation n'apparaît plus seulement comme un guide de bonnes pratiques, mais également comme une dimension porteuse d'un pouvoir sur l'institution.

Ici apparaissent deux niveaux dont le croisement peut parfois interroger l'éthique : d'une part la relation dans le soin entre soignant et soigné et d'autre part l'organisation institutionnelle des soins. La notion d'éthique se décline selon différents paradigmes. Quelle est la place de la réflexion éthique dans le management ? Et quelle serait l'éthique du management à l'hôpital ? Une logique comptable témoigne de tentatives de quantification, le financier étant quantitatif. On le voit, différentes logiques sont ici à l'œuvre et le point de vue de l'administratif bénéficierait à être appréhendé, exploré, explicité, compris, et mis en perspective avec les dimensions humaines, non quantitatives celles-là mais qualitatives et qui tissent au fil du temps la relation entre le patient et le soignant, puis l'alliance thérapeutique sur laquelle pourra s'élaborer le soin en psychiatrie. La qualité de ce soin reste donc tributaire d'une souple et féconde articulation entre la direction de l'établissement hospitalier et les soignants.

LA « BONNE PRATIQUE » VUE DU COTE DU SOIGNANT

Dans la pratique, il s'avère que c'est l'application des recommandations qui pose problème, plutôt que les recommandations elles-mêmes.

Nous avons vu que la notion de « bonne pratique » fournit aux soignants des protocoles de soins pré-pensés qu'il leur est demandé d'appliquer, engageant parfois la modification de pratiques professionnelles qu'ils exercent depuis le début de leur carrière. Actuellement, les pratiques expérientielles (subjectives ?) des « anciens » soignants tendraient à être remplacées par les « bonnes pratiques » et protocoles (objectifs ?), ainsi que par les nouvelles modalités de prise en charge véhiculées par les jeunes soignants. Au niveau des services de soins, la confrontation entre les pratiques « qui fonctionnent » des anciens et les « bonnes pratiques » des nouveaux devrait permettre une culture de l'échange à visée d'enrichir les pratiques de soins des uns et des autres... au plus grand bénéfice du patient.

En effet, la « bonne pratique » arrive parfois dans la mouvance d'un nouveau mouvement théorique, d'un nouveau paradigme, comme une mise en cause - voire une remise en cause - d'une pratique déjà existante. Par exemple, à une époque où la psychanalyse était presque dogmatique, il était difficile d'envisager une situation clinique sous d'autres angles

théoriques. Si les extrêmes sont présents dans tout mouvement théorique, la tempérance y a également sa place. **Or les soignants, et notamment les infirmiers, sont depuis toujours les acteurs d'une pratique intégrative, singulière et globale, grâce à laquelle ils savent appréhender le patient en s'étayant de façon pragmatique sur les modalités de différents champs théoriques.**

Nous mentionnions en introduction de cet avis que si la notion de bonne pratique semble faire sens en matière de soins somatiques, quelle est sa portée dans le cadre des soins psychiatriques ? Comment peut-elle y être appliquée ? Peut-elle justement y être appliquée ? Et dans l'affirmative, jusqu'où peut-elle être appliquée ? La dimension des soins en psychiatrie a nourri, nourrit et nourrira certainement encore longtemps les débats éminemment complexes de la question du fonctionnement psychique. Du moins est-ce grandement souhaitable... Les soins thérapeutiques s'étayaient de la théorisation de la psyché, de la réflexion philosophique. Ils convoquent inmanquablement le questionnement de valeurs telles que la liberté, l'autonomie, la dignité, le respect, la sécurité, la bienveillance, pour ne citer que celles-là. Les soins psychiques sont surtout en lien avec l'idée que chaque soignant se fait de l'humain, de cet autre vulnérable dont il a à « prendre soin » avant tout. Et pour prendre soin il faut entrer en relation, une relation singulière et unique d'où émergera – ou pas – quelque chose de l'ordre d'une possibilité de changement pour le patient. Quelle peut-être la place d'une « bonne pratique », d'une recommandation ou d'un protocole dans ce cadre singulier d'interaction ?

Protocoles et « bonnes pratiques » bénéficieraient donc d'espaces de réflexion au sein des services, et d'une temporalité de réflexion et de partage au niveau de l'action du soignant en situation.

Car il y a parfois un écart entre les idéaux qui sous-tendent une bonne pratique, et la pratique elle-même, celle à laquelle le soignant est confronté dans l'ici et maintenant de la situation clinique. **En effet, les soignants sont parfois soumis à un clivage entre éthique du soin et pratique du soin : quelle est la place de la délibération dans un contexte aux multiples contraintes : morales, juridiques, techniques ? Les recommandations peuvent alors être perçues comme des injonctions dont le soignant s'acquitterait même si il est en désaccord. Donner du sens et de la lisibilité aux recommandations contribuerait sans doute à réduire cet écart entre la « bonne pratique » idéale et une pratique en situation qui serait la meilleure possible compte tenu du contexte clinique, et qui serait avant tout une pratique bonne.**

Enfin, avec les recommandations, le dossier clinique devient un dossier traceur : les écrits professionnels ont évolué vers une uniformisation qui est censée protéger de l'arbitraire, mais qui entraîne une perte de finesse dans les descriptions cliniques. La dimension de l'analyse bénéfice/risque par exemple, engage le soignant dans sa pratique. Il semblerait que cette mesure ait eu comme effet pervers de réduire les traces écrites dans les dossiers, y compris dans la rubrique « notes personnelles », entraînant une perte dans la transmission de l'information clinique entre les soignants. Ceci dit, ce temps de saisie informatique consacré au traçage du soin par le professionnel pourrait également représenter pour lui un début de temps de réflexion pour penser sa pratique, avec ce patient-là, à distance temporelle de la situation dans laquelle la dite pratique a été actée.

...ET VUE DU COTE DU PATIENT ?

Pour le soignant, bonnes pratiques, recommandations et protocoles posent parfois la question du sens et de l'objectif de l'acte de soin. Mais au-delà, quel est l'impact de la fragilisation du soignant, sur le soin ? Le soignant nous l'avons vu, est susceptible d'être en désaccord avec une recommandation, il peut se sentir en demeure de l'exécuter malgré lui, la situation l'entraînant alors dans un positionnement éthiquement inadmissible pour lui. En tant que sujet bridé dans son autonomie de penser et d'agir, sous influence, dans la crainte, voire la souffrance, de quelle façon son acte de soin peut-il être perçu comme tel par le patient dont il assure la prise en charge ? L'alliance thérapeutique dépend fortement de l'absence de conflictualité interne du soignant quant à l'acte de soin. Comment un patient pourrait-il adhérer à une pratique de soin si le soignant lui-même n'est pas convaincu de son bien-fondé ?

Enfin, notons que la dimension de « qualité des soins », d'où émanent les « bonnes pratiques » n'est pas sans évoquer la notion de « démarche qualité », technique managériale issue de l'industrie automobile et visant à diminuer le coût de production...tout en optimisant le travail effectué. Le salarié y est invité à reprendre en son nom et sur le terrain le projet entrepreneurial, grâce à sa coopération, et à se positionner en perspective avec un idéal prescrit. Dans le questionnement qui nous occupe en tant que soignant, le risque serait celui d'une standardisation du soin, d'une perte du maillage relationnel constitutif de l'alliance thérapeutique indispensable à l'acte de soin. Le risque ne serait-il pas que le patient, qui est déjà un « usager », ne devienne un « client » ?...

Pour exemplifier notre propos, nous mentionnerons le *Recueil de bonnes pratiques de prise en charge psychiatrique*, édité dans le cadre de l'observatoire de l'UNAFAM (Union Nationale des Familles et Amis de personnes Malades et/ou handicapées psychiques – www.unafam.org -) en avril 2015. Ce recueil compile plusieurs dispositifs, spécifiques tant au niveau de leur territoire géographique d'application, de leur établissement de rattachement, que de leurs indications et objectifs. Par exemple dans le département d'Ille et Vilaine s'est développé un dispositif de « réponse à demande non programmée de PEC psychiatrique », dont le public cible est clairement déterminé, ainsi que le descriptif de la pratique. Dès son arrivée dans l'unité le patient et son entourage sont accueillis par un soignant qui les informe de la suite de la PEC. Puis une procédure précise est mise en place avec un infirmier référent qui explorera toutes les dimensions de la situation avec le patient, puis avec les accompagnants en présence du patient, et contactera les personnes susceptibles de compléter son analyse de la situation, avant de présenter les conclusions au médecin. Une consultation en binôme médecin-infirmier permettra ensuite de proposer une orientation qui prend en compte les besoins et attentes du patient et de son entourage. L'orientation du patient suivra un protocole très précis et enfin, chaque passage d'une personne dans cette unité fera systématiquement l'objet d'un courrier à son médecin traitant.

On le voit dans cet exemple, pour autant que la procédure obéisse à une « bonne pratique » très précise et codifiée, elle prend en compte tant la spécificité de la situation que celle de la personne concernée et de son entourage.

ETHIQUEMENT, QUE PEUT FAIRE LE SOIGNANT LORSQU'IL EST EN DESACCORD AVEC L'APPLICATION D'UNE « BONNE PRATIQUE » ?

Comment faire si une recommandation me heurte, me met mal à l'aise en tant que soignant, dans son application pratique ? Comment faire si une application entraîne un positionnement inadmissible pour moi ?

Par exemple, le protocole et la prescription médicale sont parfois différents. La prescription prévaut au protocole, mais la prescription est « une autorisation à », pas une obligation. Faire ou ne pas faire reste de la responsabilité du soignant. D'où le vécu de « tiraillement » éthique.

Nous avons développé plus haut le cheminement « descendant » des recommandations de bonnes pratiques. Or la demande des soignants est que ce cheminement puisse être « ascendant » et « remontant », c'est à dire que la base puisse participer à l'élaboration des protocoles et entretienne ainsi sa propre réflexion. Peut-on alors imaginer de possibles pistes d'avancées thérapeutiques liées à une initiative d'un soignant ?

Une possibilité pour ce faire est apportée par l'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP). Une EPP suit une méthodologie très stricte, basée sur une recherche intellectuelle dans des revues scientifiques ou professionnelles. Elle nécessite un habillage raisonné et argumenté. Tout professionnel de soin a la possibilité d'initier une EPP. C'est une modalité pour dire, transmettre, proposer.

Pointons que s'il est vrai qu'une EPP se doit également d'entrer dans le cadre des recommandations de l'HAS, ces recommandations s'étayant sur les avancées scientifiques, elles sont incontestablement susceptibles d'évolution, donc de nouvelles EPP.

De plus, comme nous l'avons développé ci-dessus (cf. chapitre : L'élaboration d'une « bonne pratique ») la bibliographie relative à la dimension des recommandations et « bonnes pratiques » témoigne de ce que les soignants, et en particulier le corps médical, peuvent y être impliqués et en prendre l'initiative, par exemple grâce à des conférences de consensus.

Enfin, à titre individuel cette fois, chaque soignant a la possibilité de consulter le site de l'HAS (www.has-sante.fr), sur lequel figurent les informations détaillées relatives aux recommandations et « bonnes pratiques ».

ET POUR TENTER DE CONCLURE...

La sociologie des organisations semble actuellement balayée par une vision réductrice du réel de l'institution, du réel du soignant en situation et en relation de soin avec le patient. Quant au réel du patient, seul le soignant de terrain pourra espérer y accéder par le truchement de leur interaction singulière. Une forme de « pensée magique » prévaut donc en amont, qui laisse croire qu'il suffit qu'une décision soit prise pour être appliquée. Or, si les pratiques

soignantes ont besoin de cadres, de guides, afin d'acter le soin selon des **pratiques qui sont bonnes pour le patient**, recommandations et protocoles ne peuvent avoir pris en compte toutes les situations. Il apparait alors la pertinence d'un temps pour la réflexion, un temps pour l'ouverture à la compréhension et à la saisie de la situation clinique particulière, un temps pour l'ouverture au discernement, au bon sens tout simplement.

BIBLIOGRAPHIE

- Boland C. *Peut on faire l'économie de la norme lorsque l'on travaille avec l'être humain ?* in Ethica Clinica. 2013, n°70.
- Castel P. Merle I. *Quand les normes de pratiques deviennent une ressource pour les médecins.* Sociologie du Travail. 2002, n°44, pp. 337-355.
- CEDEP – XIVème séminaire, 2005. *Ethique et bonnes pratiques : positionnements.*
- Claudot J., Juilliere Y. *La portée juridique des recommandations de la HAS : les appliquer ou ne pas les appliquer ?* in Consensus Cardio. 2011, n°72.
- Debry J-M. *La norme volontaire : libération ou masochisme imposé ?* in Ethica Clinica. 2013, n°70.
- Fox A. *Le but d'une procédure n'est-il pas de la transgresser ?* in Ethica Clinica. 2013, n°70.
- Lanoy, S. *Des normes au service des patients, des normes avec les patients.* in Ethica Clinica. 2013, n°70.
- Philipport O. *La démarche qualité, une marche arrière ?* in Ethica Clinica. 2014, n ° 75.
- Robelet M. *La profession médicale face au défi de la qualité : une comparaison de quatre manuels qualité.* In Sciences sociales et santé. Vol. 19, n° 2, 2001, pp.73-98.
- www.has-sante.fr

-oOo-

ANNEXE 1 – EBAUCHE SUR LES RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES EN DROIT

La HAS a pour mission de produire des recommandations et des outils favorisant leur utilisation par les professionnels de santé. L'objectif est d'informer les professionnels de santé et les patients et usagers du système de santé sur l'état de l'art et les données acquises de la science afin d'améliorer la prise en charge et la qualité des soins.

Les « recommandations de bonne pratique » (RBP) sont définies dans le champ de la santé comme « des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données ».

Elles s'inscrivent dans un objectif d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Elles n'ont pas vocation à décrire l'ensemble de la prise en charge d'un état de santé ou d'une maladie. Elles doivent se limiter aux points d'amélioration de cette prise en charge, identifiés à l'aide d'études de pratiques ou, en l'absence de telles études, à l'aide des avis et de l'expérience des professionnels de santé concernés par le thème.

Les RBP sont des synthèses de l'état de l'art et des données de la science à un temps donné. Elles ne sauraient dispenser le professionnel de santé de faire preuve de discernement dans sa prise en charge du patient qui doit être celle qu'il estime la plus appropriée, en fonction de ses propres constatations.

Du point de vue du juge administratif :

Ces recommandations sont supposées décrire l'état actuel de la science, comme avait pu le confirmer un arrêt du Conseil d'Etat du 12 janvier 2005.

Dans un arrêt du 25 septembre 2005 concernant cette fois la valeur juridique d'une recommandation de l'Anaes (ex- HAS) homologuée par le ministre de la Santé concernant les modalités d'accès aux informations concernant la santé d'une personne, le Conseil d'Etat avait précisé que « si les recommandations de bonnes pratiques (...), qui visent normalement à donner aux professionnels et établissements de santé des indications et orientations pour l'application des dispositions législatives et réglementaires relatives à l'accès des patients aux informations médicales, n'ont pas en principe, même après leur homologation par le ministre chargé de la Santé, le caractère de décision faisant grief, elles doivent toutefois être regardées comme ayant un tel caractère, tout comme le refus de les retirer, lorsqu'elles sont rédigées de façon impérative ».

Depuis, le juge administratif a modifié sa jurisprudence, depuis un arrêt du Conseil d'Etat du 27 avril 2011 suite à une requête formée par l'Association pour une formation médicale indépendante. Il y juge que : « Les recommandations de bonnes pratiques (...) ont pour objet de guider les professionnels de santé ». (...), « les recommandations de bonnes pratiques élaborées par la Haute Autorité de santé (...) ont pour objet de guider les professionnels de santé dans la définition et la mise en œuvre des stratégies de soins à visée préventive, diagnostique ou thérapeutique les plus appropriées, sur la base des connaissances médicales avérées à la date de leur édicton ».

Dans son arrêt le Conseil d'Etat a également jugé que « eu égard à l'obligation déontologique, incombant aux professionnels de santé en vertu des dispositions du Code de

la santé publique qui leur sont applicables, d'assurer au patient des soins fondés sur les données acquises de la science, telles qu'elles ressortent notamment de ces recommandations de bonnes pratiques, ces dernières doivent être regardées comme des décisions faisant grief susceptibles de faire l'objet d'un recours pour excès de pouvoir ».

Le fait de les qualifier de décisions faisant grief veut dire qu'elles sont susceptibles d'être contrôlées par le juge administratif quand une personne ayant intérêt à agir pense qu'elle est illégale. Dans cet arrêt, il considère la RBP illégale dans la mesure où elle a été élaborée en méconnaissance du principe d'impartialité, en raison de la présence au sein du groupe de travail chargé de sa rédaction, d'experts médicaux qui entretenaient avec des entreprises pharmaceutiques des liens de nature à caractériser des situations prohibées de conflit d'intérêt.

En tant que guides de bonnes pratiques, elles sont opposables aux professionnels de santé qui doivent prodiguer des soins « conformément aux données acquises de la science ». L'article L. 1110-5 CSP rappelle d'ailleurs que « toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées ». Le Conseil d'Etat ne prétend pas que les recommandations de la HAS sont des décisions « faisant grief » et qu'en tant que telles, elles ont un caractère obligatoire (elles doivent obligatoirement être appliquées par le médecin). Le Conseil d'Etat précise que les médecins ont l'obligation déontologique et légale d'assurer des soins consciencieux, attentifs et conformes aux données de la science ; que les données acquises de la science ressortent notamment des recommandations de bonnes pratiques. Suivant ce raisonnement, le médecin, lorsqu'il respecte les données acquises de la science, suit, par conséquent, les recommandations. En ce sens, elles ont « un caractère obligatoire » dans la mesure où bien soigner selon l'état de l'art, c'est soigner selon les recommandations.

En même temps, le médecin bénéficie par l'article 8 du Code de déontologie médicale toujours d'une liberté thérapeutique : « dans les limites fixées par la loi, le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance ».

Il se peut que les recommandations ne correspondent pas à la situation d'un patient donné. Dans ce cas, le professionnel devrait pouvoir s'exonérer de l'application des recommandations, mais doit pouvoir justifier sa décision de ne pas les suivre et doit apporter au patient des soins conformes aux données acquises de la science qui viendraient d'autres sources que les recommandations de la HAS.

Enfin, la méconnaissance d'un RBP ne peut entraîner directement et automatiquement une responsabilité de l'établissement public. Encore faut-il un préjudice pour le patient concerné, une faute et un lien de causalité avéré entre la faute et le préjudice.

Il existe certaines jurisprudences concernant la responsabilité des médecins :

Pour la première fois, une décision du Conseil d'Etat (12 janvier 2005, M. X., n° 256001) fait référence aux recommandations de la Haute Autorité de santé de bonnes pratiques médicales pour rejeter une requête déposée par un médecin gynécologue.

Ce praticien avait été condamné par la section des assurances sociales du conseil national de l'Ordre des médecins à quatre mois d'interdiction de prodiguer des soins aux assurés sociaux, dont un mois avec le bénéfice du sursis, en relevant des manquements aux

dispositions du code de déontologie et une méconnaissance de la nomenclature générale des actes professionnels.

Le Conseil d'Etat juge que le « conseil national de l'ordre des médecins a pu, sans commettre d'erreur de droit, estimer que M. X n'avait pas tenu compte pour dispenser ses soins à ses patients des données acquises de la science, telles qu'elles résultent **notamment** des recommandations de bonnes pratiques (...) en s'abstenant de prescrire le dépistage systématique du cancer du col utérin chez ses patientes âgées de 25 à 65 ans et le renouvellement tous les trois ans de cet examen ».

-oOo-

ANNEXE 2 -

Vocabulaire qualité

Accréditation (aujourd'hui = certification) :

Procédure d'évaluation externe à un établissement de santé, effectuée par des professionnels, concernant l'ensemble de son fonctionnement et de ses pratiques. Elle vise à assurer que les conditions de sécurité, de qualité des soins et de prise en charge du patient sont prises en compte par l'établissement.

Action corrective :

Action entreprise pour éliminer les causes d'une non-conformité (ou d'un défaut) existante ou de tout autre événement indésirable afin d'en prévenir la répétition. Les actions peuvent nécessiter par exemple des changements dans les procédures et les systèmes afin d'obtenir l'amélioration de la qualité.

AFNOR : Association Française de Normalisation Organisme coordonnant le système français de normalisation. Elle définit l'ensemble des normes qui couvrent l'activité économique française.

Amélioration continue de la qualité :

Elle repose sur l'existence d'un système reconnu de gestion de la qualité. Elle est obtenue grâce à l'amélioration systématique des processus, la réduction des dysfonctionnements et l'implication des personnes.

Autorisation :

Acte administratif pris par une autorité pour permettre la mise en oeuvre ou le renouvellement d'une installation ou d'une activité.

Certification (définition générique du terme):

Procédure qui sert à faire valider la conformité d'un système qualité aux normes ISO 9000 par un organisme compétent et indépendant et permettant de donner une assurance écrite qu'un produit, un processus ou un service est conforme aux exigences spécifiées.

Critère :

Énoncé d'un moyen ou d'un élément permettant de satisfaire à une référence.

Démarche qualité :

Mise en oeuvre de moyens de prévision, de prévention et de contrôle de manière progressive afin d'atteindre les objectifs fixés de qualité.

EBM :

Evidence Based Medicine
Médecine basée sur le niveau de preuve.

Enquête de satisfaction :

Outil permettant l'évaluation régulière de la satisfaction des patients, portant notamment sur les conditions d'accueil et de séjour.

Enregistrement :

Document qui fournit des preuves tangibles des activités effectuées ou des résultats obtenus.

Evaluation :

Processus au moyen duquel on vérifie le niveau d'atteinte de l'objectif par rapport à une référence.

Indicateur :

Donnée objective quantifiée reflétant un ou plusieurs champs de la qualité des soins dont l'exploitation permet de faire le point par rapport à un objectif qualité prédéterminé.
Un indicateur s'appuie sur des résultats reposant sur des mesures.

ISO :

International Organization for Standardization.
Fédération mondiale d'organismes nationaux de normalisation de quelques cent pays membres.
L'ISO est à l'origine de la publication d'un ensemble de normes qui font référence, au plan international, pour l'assurance qualité : la série des normes ISO 9000.

Manuel qualité :

C'est "l'image écrite de la politique Qualité de l'entreprise". En effet, en matière de politique Qualité, il décrit l'organisation mise en place pour respecter cette politique. En interne, c'est le document de référence pour le management de la Qualité. Il atteste du niveau d'assurance de la qualité atteint et sert à gagner la confiance du client.

Méthode :

Ensemble plus ou moins structuré de principes qui orientent les démarches et les techniques employées pour parvenir à un résultat.

Non-conformité :

Non satisfaction d'une exigence spécifiée.

Norme :

Spécification technique établie en coopération et avec l'approbation générale de toutes les parties intéressées. Elle est fondée sur les résultats conjugués de la science, de la technologie et de l'expérience.

Outil qualité :

Moyen conçu pour réaliser de façon efficace un certain type d'action.
Il s'inscrit généralement dans le cadre d'une méthode.

Politique qualité :

Orientations et objectifs généraux d'une structure concernant la qualité tels qu'ils sont formellement exprimés par la Direction au plus haut niveau.

Procédure / Protocole :

Manière spécifiée d'accomplir une activité par une description logique d'une suite d'actions.
Doit répondre aux questions : QUOI, QUI, OU, QUAND, COMMENT, POURQUOI

- La procédure concerne une activité engageant l'intervention de plusieurs personnes
- Le protocole concerne une activité engageant l'intervention d'une personne

Processus :

Ensemble des moyens et des activités liés qui transforment les éléments entrants en éléments sortants.

Toute activité qui génère un produit ou un service est un processus ou un enchaînement de processus.

Ces moyens peuvent inclure le personnel, les finances, les installations, les équipements, les techniques et les méthodes.

QOOQCP :

Outil qualité qui amène à répondre aux questions : Quoi, Qui, Où, Quand, Comment, Pourquoi

Qualité :

Ensemble des caractéristiques d'une entité qui lui confèrent l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés ou implicites de manière durable.

L'entité peut être un produit ou un service ; ainsi l'exacte réponse aux besoins exprimés et implicites du demandeur de soins constitue la qualité de l'entité « soin ».

Référence :

Énoncé d'une attente ou d'une exigence technique ou comportementale permettant de satisfaire la délivrance de soins ou de prestations de qualité.

Référentiel :

Ensemble de références couvrant un domaine d'activité d'une structure.

Système qualité :

Ensemble de l'organisation des procédures, des processus et des moyens nécessaires pour mettre en œuvre le management de la qualité.

Traçabilité :

Aptitude à retrouver l'historique, l'utilisation ou la localisation d'une entité au moyen d'identifications enregistrées.

