

Rapport du Groupe de Travail de la CME sur l'Hospitalité

Introduction

L'hospitalité serait-elle un « problème » à l'hôpital ? Les deux mots étant proches, nous comprenons que la question puisse paraître incongrue, voire déplacée et inopportune. Le concept, même s'il semble aller de soi, est flou. On a presque l'impression qu'il s'agit d'un « supplément », au sens où l'on parle de « supplément d'âme », qui fait partie de la qualité des soins sans pour autant être *nécessaire, obligé*.

Or, au contraire, penser aujourd'hui l'hospitalité dans le cadre des missions de l'hôpital s'avère plus que jamais justifié. C'est témoigner une attention aux valeurs du soin et les situer dans la continuité d'un engagement et d'une exigence pertinents pour tous. La qualité et la sécurité des soins ainsi que le respect des personnes relèvent des devoirs des soignants et de l'institution hospitalière. Le *devoir* d'hospitalité conditionne la relation de soin et contribue au rapport de confiance indispensable à des pratiques professionnelles dignes.

Pour les personnes malades accueillies dans nos établissements et leurs proches, l'hospitalité procède de ces nouvelles attentes et de ces droits qu'ils se savent maintenant légitimes à formuler, voire à revendiquer. Le livre récent de Thomas Sannié et Claire Compagnon, *L'Hôpital, un monde sans pitié*, est emblématique d'une discordance de points de vue entre soignés et soignants : « Mais nous faisons *très bien* votre bien », disent les hospitaliers à des personnes qui répondent que « ce que nous attendons va au-delà de ce « *très bien* », et d'ailleurs l'hôpital n'est pas toujours aussi hospitalier que vous le croyez. »

Un groupe de travail *ad hoc* de la CME sur l'hospitalité a été créé sur la base de l'intuition qu'il pouvait être légitime et surtout fructueux de tenter de comprendre cette double incompréhension, passant par une analyse du concept même d'hospitalité, à partir de ces différents points de vue. L'intuition était que, de même que la qualité et la sécurité des soins représentent formellement une responsabilité – la première – de la CME, l'hospitalité, qui reste à définir, est constitutive de la qualité de la *prise en soin* et relève donc de la même exigence. Les textes fixant la responsabilité des CME, aux côtés de la « qualité et de la sécurité », en traitent sous le terme de « conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ».

On observera, dans la composition du groupe de travail, présentée en Annexe, qu'il a permis la rencontre de soignants, de représentants des usagers, d'un patient, d'un directeur d'hôpital, de la Direction Générale de l'AP-HP et du directeur de l'Espace éthique de l'AP-HP.

Dans ce Rapport volontairement succinct, nous présenterons la synthèse des discussions menées au cours de cinq réunions de travail, en trois parties. Dans la première, seront évoquées les contraintes qui limitent dans les pratiques l'exigence d'hospitalité. Dans la deuxième, seront présentées les nouvelles attentes des patients dans le contexte hospitalier. Enfin, dans la troisième, seront émises des propositions visant à améliorer l'hospitalité, à la fois dans la pratique hospitalière individuelle de chaque acteur et au sein de l'institution toute entière qui s'engagerait ainsi à soutenir cette démarche.

1. LES CONTRAINTES LIMITANT LA PRATIQUE DE L'HOSPITALITE

1.1. Hospitalité et contraintes économiques

On ne saurait méconnaître l'impact des contraintes économiques actuelles sur les conditions d'exercice de l'hospitalité ; réelles, elles sont invoquées de prime abord lors de toute réflexion à ce propos. Nous avons affirmé précédemment, d'une manière volontairement provocante, que l'hospitalité ne constituait pas une composante *nécessaire* du soin : nous verrons pourtant au contraire, au terme de cette analyse, combien l'hospitalité est consubstantielle du soin. Mais elle risque alors d'apparaître comme une forme de luxe qui sollicite du temps et des moyens, ce qui, en pratique, fait souvent défaut. Le contexte d'urgence médicale ou d'organisation des soins urgents en est l'exemple critique.

Nous évoluons en effet dans un contexte économiquement contraint, qui limite les capacités en dotation de personnel (ratio d'infirmières par patient actuellement en comparaison avec 10 ans plus tôt), en temps (référence au paradigme de la durée moyenne de séjour, qui certes permet d'éviter les prolongations injustifiées d'hospitalisation mais limite le temps du soin), et en espace (chaque mètre carré doit être justifié avec des critères qui restreignent les possibilités de chambres individuelles, d'espaces dévolus aux infirmières et de bureaux pour les médecins).

Ainsi, et inévitablement, cette limitation en personnel, en temps et en espace nuit aux conditions nécessaires à l'hospitalité et peut même conduire à l'inhospitalité, voire aux formes de maltraitance, si souvent évoquées sans en analyser les multiples causes notamment d'ordre organisationnel. Toutefois, l'erreur serait de considérer cette contrainte comme une explication déterminante, voire comme *l'explication* du déficit d'hospitalité à l'hôpital. D'explication, elle deviendrait justification, puis alibi.

1.2. Déficit d'hospitalité – et inhospitalité à l'hôpital : autres causes, moins apparentes

Il est donc nécessaire de tenter une analyse des autres causes du déficit d'hospitalité et de l'inhospitalité ressenties par les patients, mais également par nos professionnels. Dans l'analyse à laquelle nous nous sommes livrés, il ne s'est à aucun moment agi d'en rester à l'invocation stérile ou à la tentation de stigmatiser des personnes, voire d'adopter une posture vainement moralisatrice. Il importait plutôt d'identifier certaines tensions qui, en dépit des efforts accomplis au quotidien par les intervenants avec leur bonne volonté, conduisent de fait à induire des logiques et des mentalités assimilables parfois à une véritable inhospitalité si préjudiciable à l'image même de notre institution.

1.2.1. Au niveau de la logique de soin

En dépit de l'annonce, il y a plus de 30 ans¹, de la nécessité de l'avènement d'un modèle bio-psycho-social des maladies complétant le modèle biomédical classique, il convient de constater que l'essentiel des progrès médicaux a été réalisé selon un modèle biomédical technique voire techniciste : progrès foudroyants du diagnostic (imagerie, biologie, notamment moléculaire) et de la thérapeutique, progrès attestés et légitimés par la « médecine fondée sur les preuves » (*evidence-based medicine*) et dont on ne peut que se féliciter. Toutefois ces progrès relèvent de la stricte logique biomédicale, de la « médecine des maladies ». Cette technicisation du soin aux avantages peu contestables ne saurait nous détourner de l'approche du concept de santé ainsi que l'a défini l'OMS. Celle-ci ne relève pas exclusivement d'une démarche médicale, mais tout autant d'aspects psychologiques et sociaux plus globaux : la philosophie du soin devrait donc procéder d'une approche individualisée et non seulement de cohortes indifférenciées comme c'est le cas s'agissant de l'*evidence-based medicine* ; la prescription du médicament (au sens large) ne résume pas la relation thérapeutique ; au-delà du patient, il y a l'individu et au-delà de l'*individu* demeure la *personne*. En complément d'une « médecine des maladies » il est nécessaire de fonder une « médecine de la personne ».

Au cours de leurs études, les futurs médecins ne sont pas formés à l'état d'esprit d'une pratique inspirée du modèle bio-psycho-social selon lequel le « prendre soin » complète et conforte l'acte de soin pour lui conférer une signification particulière dans le cadre d'une relation interindividuelle.

¹ Engel G. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977;196:129–13

1.2.2. Au niveau de la logique de l'hôpital en tant qu'institution

Ces tensions, d'une part, entre les contraintes économiques et l'exigence de qualité des soins et, d'autre part, entre les « gestions de flux » et le suivi individualisé des personnes dans leur parcours de soin apparaissent également au niveau de l'institution. La manière de surmonter ou non ces tensions dans le cadre de procédures concertées conditionne pour beaucoup des pratiques qui s'avèrent dès lors de nature hospitalière ou inhospitalière : le souci d'hospitalité constitue donc un véritable enjeu d'ordre stratégique pour l'institution qui peut ainsi réaffirmer ses valeurs et intégrer cette préoccupation au rang de ses critères décisionnels.

Une mutation nécessaire de la médecine tient au morcellement de son exercice : c'est une équipe spécialisée (voire différentes équipes), et non un médecin en particulier, qui traite le patient. Dans ces conditions, qui est l'hôte ? Qui accueille le patient ? Quel est son référent ? Comment faire en sorte que celui-ci retrouve partout, au sein de l'hôpital, de son entrée à sa sortie, une continuité dans l'hospitalité ?

Ces dernières années, l'organisation de l'hôpital a fait, elle aussi, l'objet d'évolutions profondes dans un souci d'efficacité, au meilleur sens du terme. Les différents hôpitaux de l'AP-HP ont été regroupés en Groupes hospitaliers, les Services en Pôles. Le siège doit gérer de manière centralisée une structure stratifiée, ce qui risque de l'éloigner des préoccupations exprimées dans la réalité du terrain. Or la périphérie, représentée pour l'utilisateur de soins, le malade, par *son* hôpital de proximité, est le véritable lieu où se pratique l'hospitalité : il s'agit en effet d'une démarche de proximité essentiellement mise en œuvre au plus près de la personne malade, dans le quotidien des pratiques soignantes. À cet égard, les cultures diffèrent d'un hôpital à un autre, avec un impact évident sur la qualité de l'hospitalité.

Élément intégrateur du soin, l'institution doit également prendre en compte le changement de paradigme qui s'impose s'agissant de l'hospitalité. Trop souvent encore, des patients peuvent être « convoqués » dans des services et se voir « attribuer » *leur* chambre. Dès lors, après avoir frappé à la porte et marqué un temps d'attente pour obtenir l'accord avant d'entrer, les professionnels ne doivent-ils pas comprendre que, d'une certaine manière, ils pénètrent dans ce qui constitue une forme d'extension du domicile du malade ? Ils sont donc accueillis chez lui en tant que soignants et non le contraire...

Ainsi, l'un des défis consiste à assurer une médecine personnalisée dans un contexte relevant de règles et de finalités qui peuvent s'avérer contradictoires avec les principes d'un soin de qualité, soucieux du respect et de la dignité de la personne accueillie dans nos hôpitaux.

2. LES ATTENTES DES PATIENTS

2.1. Attentes communes avec celles des soignants

Les logiques du soin et de l'institution hospitalière évoquées rencontrent la première préoccupation des patients : celle de pouvoir bénéficier des meilleures compétences dans un contexte d'excellence. Ayant accès notamment via Internet aux informations relatives aux progrès de la « médecine des maladies », ils sont attentifs à la fois aux règles de « qualité et de sécurité des soins » et à un dispositif organisationnel qui optimise l'efficacité des traitements à un moment où les dépenses de santé sont contraintes. Cette exigence de qualité et de sécurité répond aux deux principes hippocratiques de *bienfaisance* et de *non malfaisance* (*primum non nocere*). Le premier des devoirs du soignant et de son institution à l'égard du patient est bien celui de compétence. Mais cela ne saurait résumer les « nouvelles attentes des patients ».

2.2. Parmi les « nouvelles » attentes, l'hospitalité

Deux nouveaux principes se sont en effet imposés dans l'éthique médicale contemporaine - et ils sont transposés dans notre législation et dans le code de la santé publique :

1. Le principe de *justice* dont on tire que chacun puisse bénéficier sans discrimination d'un même accès à la qualité et la sécurité des soins. En particulier, ce droit justifie des mesures spécifiques favorables aux personnes en situation de vulnérabilité.

2. Le principe *d'autonomie*, qui impose aux soignants de respecter les choix et préférences des patients sollicités dans l'expression de leur consentement avant tout acte de soin.

Ces deux principes éthiques, notamment, devraient inspirer l'approche d'une « médecine personnalisée des maladies chroniques » telle que l'envisage aujourd'hui le projet de Stratégie nationale de santé. Au-delà de sa maladie la personne est faite de son histoire qui ne saurait se réduire à ses « antécédents » et s'inscrit dans un projet de vie à prendre en compte, y compris durant la phase de traitements. La stratégie de soins doit tenir compte de la singularité de la personne qui évolue dans un environnement qu'il convient également de reconnaître. C'est avec une telle attention globale, holistique, qu'il s'agit d'envisager l'accueil de la personne au sein de l'hôpital, avec un souci de compréhension, de sollicitude *et donc d'hospitalité*.

Cette hospitalité, à l'évidence, ne tient pas seulement à des considérations d'ordre matériel, technique ou organisationnel (on pense à ce qu'on a jadis appelé « humanisation des hôpitaux » qui a fait disparaître les salles communes). Elle dépend pour beaucoup de la qualité de la relation à l'autre. Par ailleurs, les patients attendent que le projet de soin leur soit expliqué et que celui-ci fasse l'objet d'une décision médicale partagée prenant en compte leurs préférences concernant tant leur propre vision de la norme et la gestion de leur maladie que l'attention portée à la qualité de leur vie au quotidien. Le traditionnel « interrogatoire » de l'examen clinique ne doit-il pas céder le pas à un véritable dialogue, à une *conversation* entre la personne soignée et celle qui le soigne, qui mettrait un terme à ce qui a été désigné sous le nom de « monde silencieux du docteur et du patient »² ? C'est souligner l'importance de l'attention grandissante portée à la réflexion éthique appliquée aux réalités pratiques du soin et à l'Éducation Thérapeutique au sens le plus large. C'est reconnaître que les patients ont droit à bénéficier d'une écoute et d'une information qui leurs permettent d'être acteurs de leur traitement, droit consacré à la fois par la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (2002) ainsi que par la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (2009).

On parle souvent des patients sous le terme « d'usagers » au centre du système de soin. Cette désignation est peut-être réductrice. Elle ne reconnaît pas que les patients sont eux aussi constitutifs du système de soin, le faisant bénéficier de leur expérience unique de la maladie, expertise dont ils souhaitent à juste titre faire bénéficier les autres patients atteints de leur maladie ou, plus généralement, tous ceux qui sont amenés à solliciter le système hospitalier. Cette volonté de participer de manière créatrice au soin, au *care*, représente aussi une nouvelle revendication des patients. Elle peut s'étendre à l'organisation, non seulement du soin, mais aussi de l'hospitalité.

En résumé, les patients attendent de l'hôpital la qualité des prestations de soins et la sécurité, mais tout autant une attention qui excède la seule approche technique, et qui relève de ce que nous appelons l'hospitalité. La posture contrainte de *patient*³ place la personne malade en situation de *pré-carité* : dès lors s'impose aux professionnels une exigence de *caritas*, et cette *caritas* est l'expression de leur hospitalité. En fait partie cette « gentillesse » dont le philosophe Emmanuel Jaffelin a récemment fait l'éloge⁴, et qu'il distingue du soin : « La gentillesse se compose de petits gestes : il ne s'agit ni de sauver une vie ni de guérir le patient d'une longue maladie ou d'une hémorragie. Il faut tout au plus assurer une présence, rassurer la personne inquiète, tendre la main pour attraper l'objet hors de portée de l'enfant, du vieillard ou de la personne handicapée. »

² Jay Katz, *The Silent World of Doctor and Patient*, 1984.

³ Selon Descartes, un « patient » est quelqu'un à qui les événements arrivent. Il l'oppose à « l'agent », celui par qui les événements arrivent...

⁴ Emmanuel Jaffelin, *Éloge de la gentillesse*, Editions François Bourin, Paris, 2010. Voir aussi <http://gentillesse.blogspot.fr>

3. PROPOSITIONS POUR INSTITUTIONNALISER L'HOSPITALITE : DES ACTIONS INDIVIDUELLES SUR LE TERRAIN DU SOIN A SON ORGANISATION SYSTEMIQUE

3.1. Pratique de l'hospitalité

3.1.1. Se sentir concerné

Tous les professionnels de l'institution hospitalière, soignants et non soignants, doivent se sentir concernés par l'exigence d'hospitalité. Ceci passe par une prise de conscience de l'importance de l'enjeu dans le contexte des pratiques et du fait que *tout* geste accompli peut aussi, au-delà de son caractère technique, être évalué à l'aune de sa dimension plus ou moins hospitalière. À ce titre, les retours des questionnaires de satisfaction en ligne après une hospitalisation ou une consultation, récemment introduits à l'AP-HP, doivent être accueillis de manière positive par tous les personnels comme un moyen favorable à une évaluation dont il convient de tenir compte afin d'améliorer les procédures. Ces données contribuent utilement à l'évaluation des pratiques professionnelles.

3.1.2. Apprendre à repérer le déficit d'hospitalité

On sait que toute modification de comportement procède d'une prise de conscience de la difficulté qu'il convient de surmonter. Identifier, parfois au niveau du détail, les contraintes entravant une parfaite approche de l'hospitalité permet d'envisager les mesures d'améliorations nécessaires. Il s'agit non seulement de voir, mais surtout de *savoir voir* ce que l'on voit : « Il faut toujours dire ce que l'on voit. Surtout il faut toujours, ce qui est plus difficile, voir ce que l'on voit » disait Charles Péguy. Mais, de plus, le devoir d'hospitalité demande d'apprendre à *savoir voir* avec les yeux de l'autre.

Une liste non exhaustive de situations concrètes permet, à titre d'exemple, d'illustrer notre propos.

Aspects relationnels et matériels

- Premiers contacts avec l'hôpital : qualité de l'accueil téléphonique, facilités de parking, facilités de circulation pour les personnes à mobilité réduite, etc.

- S'orienter dans l'hôpital : l'accueil au bureau d'information, la signalétique, la disponibilité des personnels, etc.

- Être accueilli(e) en consultation ou aux urgences : accueil au secrétariat, horaires des rendez-vous tenus, retards expliqués, confort, attentions, etc.
- Bénéficier d'une qualité d'hospitalisation : réception aux admissions, accueil à l'arrivée dans le service, « hôtellerie » (installation dans la chambre, suivi, restauration, accès Wi-Fi, etc.)
- Être accompagné(e) au cours d'une hospitalisation : les explications apportées sur l'organisation du traitement et sur les règles de fonctionnement du service, l'information concernant les différents intervenants et leur fonction, l'anticipation du retour au domicile, l'information portant sur la suite de l'hospitalisation, etc. Accéder aux espaces communs : zones pour recevoir les proches, espaces verts, cafeteria, toilettes, etc.
- Être reconnu (e) dans ses valeurs et ses droits : respect du secret, de la confidentialité et de l'intimité, bénéficier d'une assistance dans les besoins fondamentaux, dans l'accompagnement des proches, etc.

Aspects organisationnels

- Les conditions d'organisation des visites des proches, l'aménagement des horaires.
- Les conditions d'organisation des « permissions de sortie », etc.
- La préparation de l'hospitalisation et du retour à domicile ; la continuité des soins avec le médecin traitant, etc.

D'évidence, il serait vain de proposer un catalogue de propositions générales de nature à compenser les manquements à l'exigence d'hospitalité. Il s'agit plutôt d'inciter à une prise de conscience partagée au sein des équipes et des établissements de la nécessité de développer des initiatives qui contribueront à la qualité globale de l'accueil et du soin.

Au-delà des compétences et des comportements de chaque intervenant, ce sont bien les actions engagées de chacun dans le cadre d'une dynamique élaborée dans la concertation, qui détermineront l'effectivité de pratiques soucieuses des valeurs de l'hospitalité au sein d'une institution.

3.1.3. Des démarches individuelles aux comportements collectifs

Ainsi les professionnels concernés par le souci d'hospitalité pourront-ils viser à ce que leurs collègues s'impliquent eux aussi dans ce mouvement d'attention au service non seulement des personnes accueillies mais également de la qualité des relations au sein d'une équipe. Cette démarche est de nature à favoriser les rapports quotidiens ainsi que la relation de confiance avec les personnes malades et leurs proches. Elle est de nature à mettre un terme à la double incompréhension mentionnée en introduction de ce texte, point initial de cette réflexion.

Dans son *Éloge de la Gentillesse* que nous avons déjà cité, Emmanuel Jaffelin montre comment celle-ci peut être fondatrice d'un nouvel humanisme, celui du gentilhomme : « L'homme gentil considérera que son acte pénétrera la masse des actions humaines et y diffusera ses effets. La stratégie du gentil consiste à se dire qu'en rendant service, sa petite action ne s'éteint pas mais germe et chemine de manière imprévisible. La gentillesse ne s'épuise pas dans le service qu'elle rend, dans le geste qu'elle prodigue : elle se prolonge discrètement, elle poursuit son action malgré son agent dans la communauté des hommes. » Mais dans un tel cheminement la valeur d'exemplarité d'un comportement individuel bien traitant ne pourra, de facto, avoir un impact qu'en étant compris, soutenu, et valorisé par l'institution qui, de par le caractère intégrateur qu'elle prodigue, amplifie ces bienfaits. Les réalisations individuelles de quelques-uns, aussi motivées et douces soient-elles, ne peuvent avoir d'effet en dehors d'un soutien institutionnel et managérial fort portant ces réalisations. Il s'agit là de la pleine responsabilité de l'encadrement médical, soignant et administratif, de l'institution.

3.2. Des propositions à l'échelle de l'institution

3.2.1. L'hospitalité comme valeur de l'institution

Parce qu'elle aura été mise en pratique par ses professionnels, l'hospitalité peut alors devenir une authentique valeur propre de l'institution, au même titre que la qualité et la sécurité, affichée et même revendiquée comme telle. L'institution accepte alors que chaque *collaborateur* s'en saisisse pour s'en inspirer à titre personnel et dans l'exercice de ses missions. Un groupe d'hôpitaux à but non lucratif en a eu conscience⁵, posant l'hospitalité comme l'une des cinq grandes valeurs fondatrices du soin, avec la qualité, le respect, la responsabilité et la spiritualité.

⁵ <http://www.clinique-stjeandedieu.com/index.php?page=nos-valeurs>

3.2.2. Concrètement

L'institution s'est déjà engagée dans un processus de reconnaissance de telles valeurs avec ses enquêtes de satisfaction en ligne : elles doivent être généralisées et leurs retours diffusés et reconnus comme une des étapes de la démarche d'évaluation des pratiques professionnelles concernant notamment l'hospitalité. On peut également évoquer ici la remise des Trophées-patients qui valorisent chaque année les actions qui visent au fond à améliorer notre hospitalité.

Il pourrait être envisagé de créer à l'échelon de chaque hôpital ou de chaque GH un *Comité de liaison de l'hospitalité*, de même qu'il y a des Comités de liaisons de l'infection, de la nutrition, ou de la douleur, organisant au plan local les initiatives dans ce domaine. Ce serait rejoindre ainsi l'une des préconisations du récent rapport de Claire Compagnon remis à la Ministre des Affaires sociales et de la Santé⁶. Ces comités devraient avoir notamment pour missions l'écoute des patients, le développement et le soutien des pratiques, au plus près du terrain, des approches soucieuses de l'exigence d'hospitalité. Il s'agit en fait de témoigner d'empathie à l'égard de la personne⁷ malade, de la reconnaître et de l'accompagner dans son expérience. Dans le prolongement de la pensée de Paul Ricœur, c'est « se voir soi-même comme un autre ». L'accueil et la compréhension de l'expérience du patient constituent bien une composante de l'hospitalité.

Ces *Comités de liaison de l'hospitalité* au sein des GH, pourraient également être à l'initiative d'une Journée annuelle locale de l'hospitalité valorisant les initiatives et contribuant à la promotion de cette valeur en interne comme en externe.

Formations

Un levier important à mobiliser pour progresser de manière significative sur la question de l'hospitalité est certainement celui des formations. À cet égard, il convient de souligner que ce levier ne saurait être efficace sans un engagement et une exemplarité importante de l'encadrement médical et soignant.

⁶ <http://www.sante.gouv.fr/representation-des-usagers-en-etablissement-de-sante-claire-compagnon-remet-son-rapport-a-marisol-touraine.html>

⁷ Une personne, dit Paul Ricœur, n'est pas seulement quelqu'un dont on parle, c'est aussi quelqu'un qui parle de lui à la première personne et qui peut faire le récit de sa vie, qui peut lui-même la raconter. Paul Ricœur, *Soi-même comme un autre*, Paris, Editions du Seuil, 1990, p. 174

Nous proposons que l'hospitalité soit retenue comme axe stratégique et prioritaire des futurs plans de formation des personnels médicaux et non médicaux au bénéfice de l'amélioration de la prise en charge des usagers de l'hôpital (accueil, savoir, savoir être, savoir faire). Les approches de l'hospitalité en termes de formations pourraient s'inscrire dans les projets des pôles et correspondre à une véritable politique portée par les professionnels qui interviennent au plus près des patients. En termes de modalités, la complémentarité des outils de *e-learning* de type *serious games* et des formations en « présentiel » interactives devraient permettre de rendre la formation plus accessible et d'en renforcer l'impact.

Enfin l'institution pourrait organiser des séminaires de sensibilisation qui réuniraient de manière collégiale des soignants, des personnels de l'administration et des représentants des usagers, leur procurant ainsi l'opportunité de réfléchir ensemble, mutualisant leurs connaissances et leurs compétences.

Conclusion : le principe d'hospitalité

Au terme de cette analyse, le principe d'hospitalité, *droit* revendiqué par les patients et valeur reconnue par nombre de soignants, apparaît comme une exigence forte pour notre institution. Elle s'impose dans sa dimension déontologique, au sens où la déontologie définit les *devoirs* qu'impose l'exercice d'une pratique. Ainsi, l'hospitalité relève-t-elle d'une exigence éthique. Elle confronte les professionnels à une pensée portant à la fois sur le *bien faire* et sur *faire le bien*. Ce sera l'honneur de l'AP-HP et de sa CME que d'exercer un rôle déterminant et fédérateur dans la mise en œuvre d'une dynamique de l'hospitalité au sein de l'institution. Cette valeur attachée au respect et à la sollicitude devrait relever de sa stratégie.

Annexe : Composition du Groupe de Travail *ad hoc* de la CME de l'APHP sur l'Hospitalité (Président : Pr Gérard Reach)

- Monsieur Hubert Joseph Antoine : APHP, Directeur du Service aux Patients et de la Communication
- Monsieur Philippe Barrier, Philosophe et Patient
- Pr Sadek Beloucif, Anesthésiste-Réanimateur, APHP, Ancien membre du CCNE, Vice Président du Groupe de Travail
- Dr Hélène Bihan, MCU-PH, Médecin hospitalier
- Madame Chantal Cadoz-Hernandez, APHP, Direction des Soins et des Activités Paramédicales
- Mme Claire Compagnon, Représentante des Usagers, APHP
- Monsieur Frédéric Espenel, Directeur de l'Hôpital Avicenne
- Pr Emmanuel Hirsch, Directeur de l'Espace Ethique, APHP
- Madame Isabelle Mounier-Emeury, Innovation de Service et Culture, APHP
- Dr Galdric Orvoën, gériatre, APHP
- Pr Gérard Reach, Diabétologue, APHP, Président du Groupe de Travail
- Dr Frédéric Rilliard, PH odontologie, APHP
- Monsieur Thomas Sannié, Représentant des Usagers, APHP