

UNIVERSITE PARIS V

FACULTE DE MEDECINE COCHIN-PORT-ROYAL

Diplôme interuniversitaire de formation à la fonction de
médecin coordonnateur d'EHPAD

Directeurs de l'enseignement

Pr. Françoise Forette Paris V- Pr. François Piette Paris VI

**INTERET D'UNE DEMARCHE D'AUDIT CLINIQUE CIBLE
DANS UN EHPAD
(Exemple de la contention physique passive)**

EDITH DELVIGNE-VINCENT

*Directeur de mémoire :
Dr VALERY ANTOINE*

année 2004-2005

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier les membres du service de gériatrie du Docteur Laure Bodenan de l'hôpital de POISSY-SAINT-GERMAIN, et en particulier l'équipe mobile de gériatrie composée du docteur V. Antoine et M-C Auger pour l'accueil qu'ils m'ont réservé, le temps qu'ils m'ont accordé et la disponibilité qu'ils ont montrés.

Merci également aux membres de ma famille qui m'ont soutenus au cours de ces heures de rédaction.

SOMMAIRE

Introduction	4
Méthode	7
Résultats	9
Discussion	13
Conclusion	24
Annexes	25
Bibliographie	37

Introduction

L'une des missions du médecin coordonnateur d'EHPAD est d'entraîner son équipe à l'élaboration du projet de soins et de repérer les actions susceptibles d'une amélioration (1).

La définition du projet de soins est un des objectifs définis par l'arrêté du 26 Avril 1999, qui fixe le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle établie entre l'établissement, le président du conseil général et l'autorité compétente pour l'assurance maladie (Doc.62/68 JO du 27/04/99 n°98).

Le projet de soins s'inscrit dans un projet de vie, ce dernier étant : « un engagement de tous les intervenants envers chaque personne âgée pour préserver et maintenir son autonomie et mettre en œuvre des actions permettant notamment des ouvertures sur le monde extérieur » (2). Ce projet de vie s'inscrit lui-même au sein du projet d'établissement qui doit correspondre à des normes de qualité.

La qualité des soins est définie par l'OMS comme la garantie « que chaque patient reçoive la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en terme de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins » (3)

Il existe différentes méthodes pour améliorer la qualité des soins, mission première du médecin coordonnateur, et pour décider des actions d'amélioration : ACC, Brainstorming, QQQQCP, (qui fait qui fait quoi, où, quand, comment et pourquoi), échelle de Gantt, intégration des recommandations professionnelles des sociétés savantes...

L'audit clinique ciblé (ACC) est l'un des outils pratiques mis à la disposition des professionnels de santé. Il s'inscrit dans un modèle proposé par W.Edwards Deming souvent appelé roue de Deming ou roue de la qualité. Il comprend quatre étapes distinctes qui se succèdent indéfiniment : planifier, faire, analyser, améliorer (4).

En octobre 2004, le service évaluation des pratiques de l'ANAES mettait à disposition des établissements de santé des cd-rom présentant la méthode de l'audit clinique et la conduite de plans d'amélioration. L'ANAES proposait parallèlement des ACC « clés en main » sur différents thèmes.

Quatre ACC concernent la contention physique des personnes âgées.

La contention physique, dite passive, se caractérise par l'utilisation de tous moyens, méthodes, matériels ou vêtements qui empêchent ou limitent les capacités de mobilisation de tout ou partie du corps dans le seul but d'obtenir de la sécurité pour une personne âgée qui présente un comportement estimé dangereux ou mal adapté (5 ; p10).

Plusieurs études ont souligné la fréquence de cette pratique :

Selon l'ANAES la prévalence des contentions, en établissement de long séjour pour personnes âgées varie de 19 à 84,6%(5).

En 2002 selon une enquête réalisée par l'INSEE et la DRESSS (6) 120 000 personnes hébergées dans des établissements sanitaires et médico-sociaux se disent enfermées à double tour, voire attachées sur leur lit ou leur fauteuil.

Une autre étude plus récente de la DRESSS (7) concernant le thème de la maltraitance des personnes âgées définit la contention comme un acte de négligence active.

Concernant la contention, l'utilisation de moyens inappropriés, détournés de leur usage, potentiellement dangereux comme les draps reste encore très fréquente que ce soit au lit(34%) ou au fauteuil(62%) (8).

Or la forte prévalence de la pratique de la contention contraste avec le fait que la liberté d'aller et venir est un droit inaliénable de la personne humaine, et tout doit être mis en œuvre pour favoriser l'exercice de ce droit (9). Cette liberté s'applique aussi bien aux déplacements

qu'aux choix et à la prise de décision. Pour une personne soignée ou accueillie dans un établissement sanitaire et médico-social, elle doit se concilier avec le besoin de sécurité du patient et d'autrui. Elle implique alors la recherche de l'obtention du consentement du patient, y compris en cas de troubles du discernement et la décision d'une entrave à cette liberté peut se poser. Elle doit tant que possible rester l'exception et être bien pesée.

En effet l'utilisation de moyens de contention est grevée de nombreux risques rapportés dans la littérature : chutes graves (responsable d'un hématome, de troubles de conscience, de fracture, d'une hospitalisation du décès) ; apparition ou aggravation d'une confusion ou d'une agitation ; syndromes d'immobilisation ; perte d'autonomie (5).

Ainsi l'analyse à posteriori de l'occurrence des chutes, dans un CHI de la région parisienne (situé en milieu urbain et semi rurale) a montré que le risque de chutes graves était majoré chez le sujet âgé (80% des évènements chez des sujets de 75ans et plus), surtout en cas de contention physique passive. Si ce risque est lié au terrain (sujet fragile), il est aussi lié aux pratiques de soins (mise en place d'une contention). Il peut avoir des conséquences potentiellement graves avec un impact direct en terme de santé publique (majoration de la morbi-mortalité).

L'occurrence d'une chute ou le repérage d'une contention physique passive représentent donc chacun un évènement sentinelle pouvant témoigner d'un dysfonctionnement dans les pratiques de soins, dans leur organisation, ou être propre à un environnement de soins.

Le choix de l'évaluation de la prévalence des contentions et de l'analyse individuelle des pratiques a pour objectif d'être porteur d'actions d'amélioration, dépassant la prévention du risque de chute, du fait des complications multiples potentiellement secondaires à la mise en place d'une contention physique passive (chutes graves, infections nosocomiales, perte d'autonomie fonctionnelle, répercussions psychologiques majeures, dénutrition/déshydratation ...).

Ainsi l'objectif de ce travail est de montrer à travers l'exemple de la contention physique passive de la personne âgée, l'intérêt de la mise en place d'un ACC pour un médecin coordonnateur d'EHPAD, et de décrire les problèmes rencontrés lors de sa mise en place.

Méthode

Mise en place d'un ACC selon les recommandations méthodologiques émises en octobre 2000 par l'ANAES, dans le cadre de sa mission d'évaluation des pratiques professionnelles en établissements de santé, intitulé: limiter les risques de contention physique de la personne âgée(5) en utilisant le cd-rom fourni.

Site de l'étude : une unité SLD (105 lits), une unité SSR (44 lits), une unité MR (78 lits) rattachées à un CHI de la région parisienne.

La mise en place d'un ACC a impliqué la formation d'un groupe de travail « pilote » composé d'un binôme coordonnateur (médecin et infirmière) et de membres volontaires constituant un groupe pluridisciplinaire de quinze personnes (infirmières, aides-soignantes, ASH, cadre de santé, psychomotricienne, psychologue, neuropsychologue, ergothérapeute, kinésithérapeute).

Chaque membre a répondu de manière anonyme à un questionnaire portant sur leurs objectifs et motivations.

Les différentes étapes de l'ACC ont été précisées par un calendrier et la mise en place d'actions a été programmée sur six mois. (Annexe 1)

Ces étapes incluait notamment :

- une réunion du groupe pilote pour formation à l'audit avec présentation d'un diaporama : « mieux évaluer l'indication, la qualité et la sécurité de la contention physique quand elle est nécessaire pour une personne âgée » construit à partir du référentiel ANAES.
- la définition des critères d'inclusion des patients à retenir pour l'ACC (Annexe 2).
- le recueil des données concernant la pratique de la contention (installation, information, surveillance, mise en place) en utilisant les quatre grilles d'évaluation fournies par l'ANAES exigeant une réponse simple sur le mode oui /non (Annexe3)
- l'utilisation du logiciel de traitement des données qui permet d'obtenir les résultats sous forme d'histogrammes.

Les actions se poursuivent ensuite par :

- transmissions des résultats aux services et recueil des freins aux modifications des pratiques.
- définition d'axes d'amélioration.
- mise en place d'un programme de formation aux équipes.
- audit de réévaluation qui permet de suivre l'évolution des pratiques.
- synthèses des résultats et pérennisation de la démarche.

Après le premier tour de l'audit un recueil d'interviews anonymes, sur le mode semi directif a été entrepris auprès des membres du groupe pilote ; il veillait à recueillir leur impressions sur la mise en place de cette démarche d'ACC et la méthodologie retenue ; sur la pratique de la contention et leurs critiques sur le référentiel.

Résultats

La consommation de temps médical et paramédical induite par la mise en place de l'audit est exposée dans le tableau 1.

La prévalence de la contention physique passive chez les personnes âgées de 65 ans et plus, observée dans les unités étudiées est exposée dans le tableau 2

Les résultats de l'étude des pratiques sont regroupés dans les tableaux 3, 4, 5, 6

Le recueil des objectifs et des motivations des membres du groupe pilote est regroupé dans le tableau 7

Les thèmes abordés par les membres du groupe pilote dans la description de leur motivation première pour s'engager dans un cycle d'audit clinique ciblé concernaient principalement:

- **le vécu des soignants** vis-à-vis de la contention : « partager autour d'une pratique qui existe et qui est toujours douloureuse ; contradictions entre devoir de soigner et liberté du patient ».

- **la volonté de réflexion** autour de la pratique de la contention : « prendre du temps pour réfléchir à nos pratiques ; améliorer la réflexion sur l'intérêt ou non de la contention ; accompagner les équipes dans une démarche qualité en participant à des thèmes ciblés,

spécifiques à la gériatrie pour repenser le soin personnalisé ; cerner les abus de contention ; rechercher un cadre éthique

- **l'intérêt de l'évaluation de la pratique** : « réfléchir à ce qui se fait et pourrait être fait ; mettre en place une évaluation du risque de chute chez les sujets du service » et « m'inscrire dans le processus ANAES d'évaluation des pratiques professionnelles ».

- **la recherche d'une amélioration de la pratique** : « améliorer les conditions des patients ; préserver au maximum l'autonomie de la personne âgée et le bon usage de la contention ; réfléchir à la pertinence des alternatives proposées ; amélioration ou révision des pratiques effectuées dans le service afin de répondre aux critères de l'ANAES »

- **l'intérêt de la complémentarité** dans la prise en charge multiprofessionnelle : « apporter des avis et des connaissances spécifiques à une profession ; intégrer des disciplines différentes dans une même réflexion ; croiser les expériences ; favoriser l'accès de tout professionnel impliqué dans une démarche de soin au débat autour de la contention.

Après la phase de recueil des données, les interviews des membres du groupe pilote ont fait apparaître des réflexions et des préoccupations communes quel que soit leurs professions.

Ces remarques concernaient à la fois le fonctionnement de l'équipe de soin et la répercussion des pratiques sur le patient (regroupées dans le tableau 8).

- **le vécu de la contention par l'équipe de soin** : certains soulignent que cette formation leur a permis de réaliser que « la contention est un acte de soin, et leur a permis ainsi de se déculpabiliser ». La psychologue dit être un témoin quotidien de la contention ; pour elle « ce travail peut permettre à certains soignants d'avoir un « déclic », pour changer ou s'interroger sur leurs habitudes, car certains peuvent banaliser, minimiser le geste (« on n'a pas le choix ») avec le risque d'apparition d'un mal-être : le soignant est à la fois bourreau et victime ». En effet, « le médecin prescrit mais c'est l'aide-soignant qui fait », cette souffrance est d'autant plus marquée si celui qui réalise l'acte n'a pas participé à la démarche décisionnelle. Pour une aide-soignante le doute sur le bénéfice de la contention débouche « sur un sentiment de culpabilité personnelle surtout si la personne âgée est désorientée et manifeste son refus ». Pour la neuropsychologue, il existe une réelle difficulté pour le soignant de se positionner entre la notion de sécurité et celle de responsabilité. Elle

pense « qu'il existe actuellement dans les établissements sanitaires une attitude surdimensionnée de la notion de sécurité ; ceci peut également être ressenti à tous les échelons hiérarchiques puisque le directeur d'un établissement est également responsable de la protection des personnes. Ceci entraîne un processus infantilisant vis-à-vis de la personne âgée »

- **la prise de conscience de l'intérêt d'une dynamique de travail pluridisciplinaire** : Une infirmière déplore qu'il n'y ait pas assez d'évaluation bénéfice/risque pour le patient, ni de réévaluation formelle ou systématique de l'indication et des complications faite par le médecin. Une ergothérapeute dit avoir trouvé un intérêt dans la pluridisciplinarité du groupe, car « les vécus sont différents et ceci permet d'élargir le domaine aide-soignant infirmier ». Un cadre de santé estime que le personnel est demandeur pour apprendre, et souligne le fait que de travailler avec du personnel motivé entraîne une dynamique de travail. Cette dynamique de groupe est ressentie de manière très positive sur le plan personnel car elle permet des échanges avec des soignants différents. Elle souligne ainsi que la décision collective, prise en équipe, permet de mettre en lumière le but de la contention prescrite en permettant de bien comprendre pourquoi « on attache » ; elle permet de ne pas culpabiliser individuellement. La prescription d'une contention doit être effectuée après études du bénéfice/risque, ce qui sécurise et déculpabilise le personnel.
- **l'intérêt porté au développement de ses connaissances et l'amélioration de ses pratiques** : de nombreux soignants disent que ce travail leur a permis de prendre conscience que les barrières de lit, le positionnement d'une table devant un fauteuil ou l'utilisation d'un fauteuil gériatrique d'où le patient ne peut sortir seul, étaient considérées comme des actes de contention alors que pour eux ce geste entrait dans une routine sécuritaire. Les acteurs de ce groupe-pilote disent avoir pris conscience de la notion de travail sur soi, avec une réévaluation de ses habitudes, de ses pratiques systématiques, en particulier la nuit où la prévalence de la contention passait de 20% à 80% (annexe 4). La participation à cet audit a également permis de s'engager dans un travail de réflexion en équipe pour envisager d'autres solutions que la contention, ou des pratiques alternatives (utilisation de cloisons mobiles, de

plantes). Une ergothérapeute souligne qu'il est important de former le personnel soignant, même les intérimaires à la bonne utilisation du matériel de contention.

Pour une infirmière « des efforts doivent être entrepris sur la communication avec le patient, et avec la famille. Il faut chercher des pistes d'amélioration pour accorder une liberté de divertissements aux patients »

- **la prise de conscience d'obstacles au changement** : une psychologue remarque ne pas toujours observer une volonté marquée de réflexion au delà d'une réaction sécuritaire. Pour de nombreux soignants la remise en question des pratiques actuelles est difficile en raison des contraintes liées à la charge de travail. Plusieurs soulignent la contrainte de temps liée à la nécessité de traçabilité « encore quelque chose à écrire plutôt qu'être auprès du patient ». La méthodologie de l'ACC axée sur la nécessité de traçabilité ne valorise pas le travail fait, mais pas forcément retranscrit. Un cadre de santé émet des critiques sur la faisabilité de certains critères (critères de suivi de la contention : surveillance horaire, prescription renouvelée toutes les 24h). D'autres soulignent par ailleurs la difficulté de mise en œuvre d'une multiplicité conjointe de plans d'amélioration concernant différentes pratiques (en plus de la problématique de la contention) liées aux procédures de la signature convention tripartite ou de l'accréditation. Un cadre de santé estime qu'il s'agit plus du problème de l'installation du résident âgé (en position assise ou allongée) que d'une réelle contention, et cela nécessite un investissement financier dans le matériel adapté.
- **la prise de conscience d'autres méthodes de contention** avec la contrainte instituée de fermeture des portes ; l'utilisation d'un matelas à eau peut être vécue comme une contention pour certaines personnes âgées alors qu'il est utilisé dans une démarche de soins car elle nécessite la mise en place de barrières pour faciliter la mobilisation de la personne âgée et sa sécurité.
- **la prise de conscience de la répercussion psychique ressentie par la personne âgée** avec en corollaire fréquemment une augmentation de l'agressivité et de la dépression, car la contention réactive l'angoisse et la solitude.

Discussion

L'ANAES définit de façon précise les facteurs de réussite de l'audit clinique (10) en particulier un objectif ciblé sur l'évaluation des pratiques et non des personnes, et la création d'un groupe multi professionnel qui permet aux soignants de s'approprier les principes de l'audit et de devenir acteurs du changement.

L'ACC est donc une méthode d'évaluation formative, visant à promouvoir l'extension de l'application de bonnes pratiques (et non normative, qui sanctionne les pratiques qui s'écartent de la norme).

Son principe est d'abord de mesurer la qualité d'une pratique à l'aide de critères explicites et objectifs et d'en comparer les résultats aux recommandations issues d'un référentiel (10).

Les pratiques sont évaluées par comparaison à des critères :

- ciblés sur un segment du processus étudié, un acte ou un thème transversal.
- correspondant à des objectifs qualité (recommandation de bonne pratique, conférence de consensus) qui sont notamment orientés sur la sécurité des patients.
- en nombre limités
- permettant une facilité de compréhension et de mise en œuvre par les équipes, et donc un délai réduit de recueil et de traitement des données.

- pouvant être l'objet d'actions d'amélioration concrètes, réalistes et immédiates (sur 6 mois) : le bénéfice immédiat issu de l'implication des équipes dans l'évaluation et du programme de formation et de ces actions d'amélioration a un impact fort, rapide et décisif sur la qualité des soins.

L'écart observé entre le niveau de qualité exigé par le référentiel et les pratiques imposera la mise en place d'un plan d'amélioration puis le suivi de son impact.

Ainsi, quelque soit le thème, la méthode d'ACC peut permettre la mise en place d'une dynamique d'amélioration des pratiques professionnelles dont les bénéfices seront multiples.

Dans le cadre du thème de la contention la mise en place d'un ACC est d'un apport multiple, pour le patient et sa famille, pour le médecin coordonnateur.

La pertinence de ce thème peut se justifier même dans des unités de soins gériatriques où la prévalence retrouvée est importante (tableau 2).

Les bénéfices et les problèmes mis à jour par la démarche d'ACC sont résumés dans le tableau 8

Le bénéfice concerne d'abord le patient

Il est important de placer la nécessité d'une contention dans l'intérêt du soin à la personne âgée (intégré dans le projet de soin).

L'ACC permet la recherche continue d'une optimisation de la qualité des soins par

- une meilleure appréciation du rapport bénéfice/risque centré sur le patient,
- une meilleure installation et surveillance de la contention,
- une meilleure prévention et traitement des complications,
- une meilleure information du patient et de sa famille ; dans ce cadre le médecin

coordonnateur pourrait susciter une réflexion sur le rôle, la place du livret d'accueil et du règlement intérieur pour informer et sensibiliser au problème, voir codifier la politique de l'établissement vis-à-vis de la contention, et pour cela proposer la participation des usagers au sein du conseil d'établissement.

L'ACC apporte un bénéfice pour le médecin coordonnateur d'EHPAD notamment pour le guider dans le choix d'axes possibles d'intervention :

- Aide à la décision des axes prioritaire : le médecin coordonnateur a pour mission de participer à l'élaboration du projet des soins, et donc, d'expliquer dans les grandes lignes la pertinence de la mise en place des référentiels qu'il a choisis.

- Aide à l'information du patient et de sa famille : induire une réflexion sur les modalités d'information des patients ayant des troubles de la communication, qui doivent rester l'interlocuteur premier et dont le consentement doit toujours être recherché, au cas par cas, par tous les moyens (communication verbale et non verbale) . Si cela n'est pas possible, il peut clarifier les procédures à suivre pour obtenir l'approbation de la famille (ou personne de confiance ou représentant légal).

Le médecin coordonnateur doit aussi être disponible pour rencontrer les familles, leurs expliquer l'évaluation du rapport bénéfice/risque, qui peut paraître contradictoire par rapport à une attitude sécuritaire ; leur expliquer que la contention est une pratique de soin dont la mise en place relève de la seule compétence du médecin. Il peut également les inciter à être plus présentes auprès de leur parent et les faire participer, en partenariat avec l'équipe soignante, pendant ces périodes où la contention est levée, pour faire marcher la personne (ce qui, de plus, peut entraîner un vécu moins douloureux pour les familles).

- Le médecin coordonnateur participe à la formation de son équipe : formation des professionnels sur les risques de la contention, les pratiques, la traçabilité. Il peut engager une réflexion sur les moteurs de principe sécuritaire excessifs qui peuvent être pratiqués dans l'établissement (angoisse de mort, détournement du pouvoir de décision, responsabilité tant morale que juridique).

Nous avons vu au cours du recueil des interviews que le médecin coordonnateur a un rôle à jouer auprès des soignants afin de lever le doute entraîné par la nécessité de faire un choix entre laisser la personne courir un risque et le devoir de lui imposer une contention.

C'est ainsi que cette démarche fait apparaître la nécessité d'avoir un temps de parole pour déculpabiliser cette pratique.

- Le médecin coordonnateur peut aussi s'impliquer dans une démarche d'une meilleure organisation des soins : (base de la qualité des pratiques). Parmi les actions d'amélioration organisationnelles peuvent être décidés :

- La mise en place d'un protocole (recherche d'alternatives, mise en place, information, prescription ou surveillance de la contention) qui pourrait favoriser les bonnes pratiques, leur traçabilité mais aussi la continuité des soins. Le recueil exhaustif qu'il implique met aussi l'accent sur l'évaluation plus objective du rapport bénéfice/risque, permet une meilleure prise de décision centrée sur la personne et son projet de vie (droit au risque) et pas seulement sur les risques pris par l'équipe ou sur un principe de précaution générale. Ce protocole peut alors lui-même faire l'objet d'un ACC organisationnel (analyse de sa validation par les instances locales, de son accessibilité aux professionnels, de sa révision et mise à jour à date définie...) en mettant en place des indicateurs de qualité de l'organisation.
- L'amélioration de la coordination des acteurs ; dans cet objectif un groupe multidisciplinaire est garant de la reconnaissance du rôle de chacun mais aussi de la complémentarité des différents professionnels dans la prise en charge des soins, et donc de la cohésion d'équipe ; des séances d'information en groupe permettent la constitution d'une base de connaissances communes et le développement d'une meilleure communication pour une prise de décision multidisciplinaire avant la prescription.
- La mise à disposition de ressources matérielles (commande de fauteuil adapté, de matériel de contention spécifique...) et la meilleure justification des besoins vis-à-vis de la direction financière de l'établissement.

- L'ACC permet une autoformation médicale continue : amélioration de ses connaissances, de ses pratiques : pistes de réflexions sur d'autres modes de contention.

- L'ACC permet au médecin coordonnateur d'induire une dynamique de réflexion et de travail d'équipe et d'en être le modérateur.

La démarche d'ACC débouche aussi sur des apports multiples pour l'équipe de soins.

Elle participe en effet :

- au développement des connaissances :

L'utilisation de la démarche ACC permet en effet de répondre aux besoins exprimés de formation par les différents corps professionnels des unités de soins étudiées (cf. interviews). Les actions de formation en sein des membres de l'équipe de soin répondent à un besoin exprimé par les membres des équipes ; résultats de l'enquête PRESST-NEXT (santé et satisfaction des soignants en France et en Europe) : mis à part les établissements privés à but lucratif, les hôpitaux locaux et maisons de retraite sont ceux où la part de personnel n'ayant reçu aucune journée de formation dans les 12 derniers mois est la plus élevée (11).

- à l'amélioration des pratiques :

L'enquête PRESST-NEXT (11) montrait aussi que de tous les types d'établissement, les maisons de retraite sont ceux dans lesquels les soignants ont le moins le sentiment de pouvoir mettre en oeuvre leurs compétences dans le travail.

Une étude récente sur le thème de la contention (12) plaidait pour l'intérêt des actions de formations dans la diminution de la prévalence des contentions (la prévalence moyenne de 22,2% diminuait significativement de 15,9%, à 6 mois à 15,5%, à 9 mois).

- à la création d'une dynamique de réflexion et de travail de groupe : L'utilisation d'un référentiel et l'obtention de connaissances communes permet une cohérence dans le groupe.

La notion de travail d'équipe est un moyen utile d'optimiser le sens commun donné à son travail. Le référentiel peut être modulé pour le rendre plus pertinent et compatible avec les conditions particulières d'exercice des professionnels d'une équipe, ce qui rend à l'équipe de soin la maîtrise de sa dynamique et du développement de ses projets.

- à la reconnaissance d'un accompagnement psychologique : La mise en place d'une contention devrait être une décision collective pour permettre de diminuer la violence du ressenti. Chez certains soignants le sentiment ambivalent d'être un bourreau et une victime débouche sur un mal-être personnel. Cette ambivalence de la contention tant pour la personne âgée que pour le soignant se trouve analysée par une psychologue (13) : la contention

concerne le patient mais suppose aussi l'intervention du soignant à deux moments (la pose de la contention et la délivrance) ; deux dimensions doivent être prises en compte :

- dimension du patient : blessures psychiques ou protection rassurante

- dimension du soignant : doute devant la nécessité de devoir faire un choix entre laisser la personne courir un risque ou devoir lui imposer une contention.

Le soutien psychologique du personnel est d'ailleurs inscrit au cahier des charges de la convention pluriannuelle (14).

Perspectives plus larges : la démarche d'ACC est aussi

Un apport pour le médecin lui-même car l'ACC est l'un des indicateurs retenus pour valider l'obligation d'évaluation des pratiques professionnelles et de formation continue (15), que cette démarche soit ponctuelle (un ACC par exemple) ou au mieux continue (pérennisation du programme d'action visé par l'ACC).

Les ACC correspondent en effet à l'une des modalités « d'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la Haute Autorité de Santé et inclus la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques ». L'accomplissement de chaque évaluation donne lieu à l'établissement d'un certificat pour le médecin (article D. 4133-0-4)

Un apport en terme de santé publique car, l'ACC permet de diffuser à l'échelon national la mise en place de bonnes pratiques.

L'homogénéité de la méthode permet aussi le recueil de critères similaires par différents établissements, et la centralisation des données peut constituer une base de données étendue et potentiellement représentative des pratiques de soins à l'échelle nationale (des données locales deviennent une information nationale). Le regroupement aussi des plans d'amélioration proposés par les différents établissements, et leur mise à disposition, au niveau national permettrait de pouvoir de s'inspirer des méthodes des unités les plus performantes.

Un apport pour l' EHPAD car, les ACC constituent un outil de management de la qualité, répondant aux fiches d'actions définies dans le cadre de la convention tripartite signée par l'établissement et répondant au cahier des charges (14).

Cet outil permet d'initier une action ponctuelle qui doit se maintenir dans le temps.

Il permet aussi de s'adapter aux besoins locaux d'amélioration des pratiques qui peuvent être différents d'un établissement à l'autre (plusieurs thèmes d'ACC sont disponibles et plusieurs ACC sont aussi disponibles sur un même thème).

La mise en œuvre au sein des établissements de démarches continues d'amélioration de la qualité, centrés sur la personne âgée et répondant à ses attentes et besoins répond à un des thèmes de l'outil d'autoévaluation ANGELIQUE (Q137AQ147) (16)

Dans ce cadre, l'ACC est retenu, pour renforcer l'évaluation du service médical rendu, comme méthode validant l'évaluation des pratiques professionnelles.

Par ailleurs l'ACC favorise l'appropriation d'une méthode d'évaluation des pratiques par les différents corps professionnels. Il permet aussi la comparaison de son établissement avec les autres ou avec une moyenne nationale.

Si le directeur est le responsable de l'établissement devant les autorités de tutelles, le médecin coordonnateur doit l'aider à argumenter les thèmes d'évaluation choisis en priorité.

De même, il pourra plus facilement argumenter pourquoi tel ou tel critère, figurant dans le référentiel A.N.A.E.S., a été modifié dans le référentiel.

La mise en place de la démarche d'ACC s'est cependant heurtée à quelques difficultés.

- La disponibilité des intervenants est un point important à prendre en compte avant de s'engager dans cette démarche et nécessite bien sur une programmation rigoureuse. En effet, dans notre étude l'ACC représente plus de 209 heures de travail au 3/4 de la démarche.

Cependant, ce travail correspond à la mise en place simultanée des quatre ACC disponibles sur le thème de la contention du sujet âgé, un seul aurait pu être retenu.

Dans l'optique gain de temps, la diffusion par l'ANAES d'une version préparée et informatisée du référentiel sous forme de diaporama constituerait un outil de formation « clé en main » intéressant pour les unités de soins.

- L'interprétation des critères d'évaluation peut par ailleurs poser problèmes. En effet certains critères sont parus difficiles à définir (concepts de dignité, de pudeur, de confort psychologique). La pertinence d'autres critères a été discuté (item système d'appel, dans le cas fréquent en institution des patients ayant des troubles de la communication). Les modalités retenues valides pour l'information des patients ayant des troubles cognitifs sont débattues (place de la personne de confiance ou du représentant légal).

- L'application de certaines recommandations de bonne pratique énoncées par le référentiel a aussi été discutée. Même si elles ont été élaborées par l'ANAES, la mise en place en pratique est apparue difficile pour l'équipe : surveillance horaire de la contention programmée et notée, reconduction par prescription médicale motivée toutes les 24 heures (très difficilement envisageable en EHPAD si le médecin traitant ne peut passer tous les jours). Aussi la crédibilité du référentiel peut être discutée par l'équipe de soins et entraînée une démotivation et un découragement. De même on peut noter un écart entre la recommandations sur la gestion théorique des risques et la possibilité de mise en place en situation réelle dans les équipes : rythme de la surveillance (horaire ? toutes les 3h ?), reconduction de la prescription (quotidienne ? le WE ?).Egalement la place importante accordée à la traçabilité peut décourager l'équipe. Dans notre étude une grande partie des insuffisances étaient en fait liés à un manque de traçabilité, alors que les actes étaient souvent effectués par l'équipe, mais non

notés, soulevant ainsi l'argument de l'intérêt d'une présence auprès du patient plutôt que dans le poste de soin à recueillir des données.

- L'utilisation de l'ACC a fait apparaître par ailleurs plusieurs interrogations :

Qui prescrit la contention : le médecin coordonnateur d'EHPAD ou le médecin traitant ?

Ceci pose le principe d'un accord préalable sur l'organisation des pratiques, et peut également être l'objet de l'instauration d'un contrat entre les médecins traitants et l'établissement (avenant au règlement intérieur).

Le référentiel ANAES 2000 constitue-t-il un document opposable juridiquement en cas de situation médico-légale ?

Quelles sont les positions des assurances, sur le droit au risque du patient (responsabilité civile), couverture du médecin, de l'établissement ?

Le médecin coordonnateur prend une place de choix dans la gestion et la recherche de réponses aux inconvénients relevés.

Entreprendre une évaluation de la qualité des soins, c'est remettre en question des façons de travailler acquises au fil des ans et être potentiellement déstabilisant pour le personnel. En association avec l'équipe de direction et l'équipe soignante le médecin coordonnateur d'EHPAD est présent pour résoudre les problèmes qui peuvent surgir. Il intervient pour :

- favoriser l'acceptabilité : en précisant qu'il ne s'agit pas de culpabiliser mais d'aider à réfléchir. Dans cette optique l'acceptabilité est souvent plus facilement acquise.

- expliquer l'intérêt de la traçabilité : la traçabilité peut être vécue comme une contrainte, mais elle est centrée avant tout sur un objectif de formation continue et d'amélioration de transmissions des informations, pour optimiser la continuité des soins, et non sur une remise en question des compétences de l'équipe, ni sur une évaluation des pratiques individuelles. Ces objectifs qui dépassent largement le « contrôle » des actions peuvent devoir être précisés pour éviter une démotivation des membres de l'équipe, une dévalorisation du travail effectué. La traçabilité reste un indicateur objectif, nécessaire dans une démarche d'évaluation des pratiques.

- argumenter la faisabilité : car peu de personnes sont attachées dans une unité, si bien que la charge de travail n'est en fait que très peu majorée. De plus, la réflexion induite sur la mise en œuvre d'alternatives peut faire diminuer la prévalence de la contention dans l'unité (et donc la charge de travail qui lui est directement liée). Alors qu'à l'inverse une charge de travail supplémentaire peut être induite par les conséquences d'une contention mal évaluée.

- justifier la validité de la démarche entreprise : c'est-à-dire la bonne représentation de la situation. Et si les conclusions qui ne portent que sur un échantillon (au moment de la réalisation de l'audit) ne sont donc pas forcément généralisables, l'analyse des résultats peut souligner un seul dysfonctionnement, et ce cas particulier peut suffire à déclencher une réflexion pour l'amélioration des pratiques et se révéler riche d'enseignement.

- expliciter le libellé de certains critères : concepts de dignité, de pudeur, de confort psychologique parfois difficiles à définir ; pertinence de l'item système d'appel, dans le cas fréquent en institution de patients ayants des troubles de la communication.

- justifier l'efficacité : les actions de formation puis d'évaluation de la qualité des soins ont montré une efficacité indéniable dans le cadre de la contention.

- élargir la discussion au delà du cadre du référentiel. Par exemple le référentiel ANAES ne précise pas certains cadres d'indication de la contention qui peuvent se poser en institution :
 - nécessité d'isolement septique en cas de pathologie transmissible ou contagieuse ?
 - mise en danger des autres résidents ou dérangement occasionné par un patient déambulant ?
 - existence de conduite d'addiction : alcool, tabac (risque d'incendie) ?

- explorer d'autres modes de contention :
 - contention de placement
 - contention architecturale et environnementale (unités de soins fermés)
 - contention pharmacologique
 - contention psychologique (pression, injonction ou décision abusive, arbitraires, autoritaires ou intrusives)
 - contention par abstention (non prise en compte de la régression psychomotrice, de la réduction de la mobilité).

Enfin une discussion sur la place de la contention chimique et l'évaluation des pratiques dans ce cadre est aussi sûrement pertinente en EHPAD.

Conclusion

Pour le médecin coordonnateur d'EHPAD, la démarche d'audit clinique ciblé est un outil mis à sa disposition par l'ANAES qui lui permet de répondre à une de ses missions en sein de l'établissement.

A travers l'exemple de la contention physique passive qui est un problème courant, nous avons vu que cette démarche se réalise dans l'objectif d'une amélioration de la qualité des soins.

C'est une méthode d'évaluation des soins qui peut déboucher sur une démarche d'amélioration de l'organisation des soins.

Pour l'équipe de soins c'est une démarche qui peut répondre à ses attentes pour l'accompagnement de la personne âgée dans son projet de vie.

Le médecin coordonnateur avec l'infirmière référente et le directeur peut grâce à cette démarche créer une dynamique de travail qui peut alors être utiliser pour d'autres thèmes.

Annexe 1

Actions programmées

- Avril 2005 : 2 réunions du groupe pilote pour formation à l'audit
- Mai 2005 : audit en SLD, SSR, MR : recueil des données
- Fin mai 2005 : enregistrement, analyse, synthèse des données
- Juin 2005 : transmission des résultats aux services
: définition par les services d'axes d'amélioration
- Septembre 2005 : programme de formation aux équipes
- Octobre 2005 : recueil des freins aux modifications des pratiques
- Novembre 2005 : audit de réévaluation (évolution des pratiques)
- Décembre 2005 : synthèse des résultats
- 2006 : proposition par le groupe pilote d'application de la démarche en Service d'aigu et sur autre site.

Annexe 2

Fiche d'inclusion :

La personne pour laquelle vous remplissez ce questionnaire doit satisfaire obligatoirement aux 3 critères suivant :

- Age > 65 ans

- Capable de mobiliser seule tout ou seulement une partie du corps :
 - = Capable de se lever ou de marcher
(seul +/- aide mécanique +/- personne accompagnante)

- et/ou = Capable, au fauteuil ou au lit, de mobiliser seul ses membres
(supérieurs et/ou inférieurs)

- Présence d'une contention physique : entourer le moyen de contention repéré :
 - = la nuit : barrières de lit

 - et/ou = la journée : tous moyens, méthodes, matériels ou vêtements qui limitent les capacités de mobilisation de tout ou d'une partie du corps :

- les gilets et les sangles thoraciques, les ceintures
- les attaches de poignets et/ou de chevilles
- les sièges gériatriques
- les sièges avec un adaptable fixé
- les barrières de lit
- tout matériel détourné de son usage :
 - un drap
 - tout vêtement limitant les mouvements volontaires du corps
 - un adaptable bloqué devant le fauteuil du patient ...

- autre (préciser) :

Annexe 3

Critère 1 :

La contention est réalisée sur prescription médicale.

Elle est motivée dans le dossier du patient.

Critère 4:

La personne âgée et ses proches sont informés des raisons et buts de la contention.

Leur consentement et leur participation sont recherchés.

Critère 5 :

Le matériel de contention sélectionné est approprié aux besoins du patient .Il présente des garanties de sécurité et de confort pour la personne âgée.

Dans les cas de contention au lit, le matériel est fixé sur les parties fixes, au sommier ou au cadre du lit, jamais au matelas ni aux barrières.

Dans le cas d'un lit réglable, les contentions sont fixées aux parties du lit qui bougent avec le patient.

En cas de contention en position allongée, les risques liés aux régurgitations et aux escarres sont prévenus.

Critère 6 :

L'installation de la personne âgée préserve son intimité et sa dignité

TABLEAU 1

Temps consommé pour la mise en place de l'audit

	mars-juin2005	sept2005
Coordonnateurs du projet (1 médecin+1 infirmière)	104h	3h
Groupe pilote (15)	4h30x15	67h30
Recueil des données 4 binômes		
ACC installation	4hx8	32h
Coordonnateurs ACC : surveillance, mise en place, installation		3h
Total	206h30	3h

TABLEAU 2

Prévalence observée de la contention physique passive

	Contention de jour (fauteuil ou lit)		Contention de nuit (2 bas flancs)	
	n	%	n	%
SSR n = 37	6	16	27	73
SLD M n = 30	8	26	28	93
MR n = 28	6	21	20	71
Total SSR + SLD+MR n = 95	20	21	75	79

SSR : soins de suite et réadaptation

SLD : soins de longue durée

MR : maison de retraite

TABLEAU 3

Mise en place de la contention

(Recueil fait par les coordonnateurs à partir des données présentes dans les dossiers médicaux)

contention prescrite par médecin	35%
contention en urgence confirmée par médecin	14%
raison de contention notée	10%
appréciation pluridisciplinaires bénéfice/risque	5%
appreciation bénéfice/ risque notée	0%
durée prescrite	0%
matériel prescrit	35%
surveillance des risques programmée dans le dossier	0%
reconduction par prescription médicale motivée/24h	0%

TABLEAU 4

Information

(Recueil fait par les coordonnateurs à partir des données présentes dans les dossiers médicaux)

patient informé	5%
proches informés	28%
information notée dans le dossier	5%

TABLEAU 5

Installation et confort

(Recueil fait par les membres du groupe pilote opérant en binôme)

matériel de contention fauteuil spécifique	83%
matériel de contention au lit spécifique	100%
matériel de contention fauteuil adapté à la taille	100%
matériel de contention au lit adapté à la taille	100%
si lit hauteur variable, fixations parties mobiles	100%
si lit standard, fixation sommier ou cadre	100%
tête de lit surélevée	57%
installation préservant intimité et dignité	90%
système d'appel	50%
activités proposées pour le confort psychologique	40%

TABLEAU 6

Surveillance

(Fait par les coordonnateurs à partir des données des dossiers médicaux)

surveillance contention programmée et notée	0%
prévention des risques liés à l'immobilisation	0%
contention levée le plus souvent possible	0%
conséquences de l'immobilisation évaluées/24h	0%
hygiène assurée et notée	0%
alimentation assurée et notée	25%
hydratation assurée et notée	25%

TABLEAU 7

Recueil des objectifs et motivations du groupe pilote

	%
-s'approprier des bonnes pratiques à travers une méthode d'évaluation	100
-répondre à la sollicitation des instances ou du responsable qualité	83
-entraîner les équipes de soins à une méthode d'évaluation	75
-se former à une méthode d'évaluation	75
-encourager une dynamique d'amélioration des pratiques à l'échelle de l'établissement	66
-travailler sur un thème identifié comme prioritaire par l'établissement	66
-répondre à la demande 'une équipe de l'établissement	50
-répondre à l'obligation légale (article 14 de la loi du 13 Août 2004)	41
-se préparer à l'accréditation dans le cadre de la deuxième version	25
-valoriser une expérience antérieure de l'audit clinique	8

TABLEAU 8

Recueil des réflexions et préoccupations des membres du groupe pilote

-vécu de la contention
-intérêt du travail multidisciplinaire
-intérêt porté à l'amélioration des pratiques
-prise de conscience d'obstacles aux changements
-prise de conscience d'autres méthodes de contention
-prise de conscience de la répercussion psychique sur la personne âgée

TABLEAU 9

Bénéfices et inconvénients révélés par la démarche d'ACC

Bénéfices	Inconvénients
Bénéfice pour le patient	Difficultés rencontrées
Bénéfice pour le médecin	-disponibilité des intervenants
-choix d'axes prioritaires	-interprétation des critères
-aide à l'information des patients et famille	-application de certaines recommandations
-aide à la formation de l'équipe	problèmes pour justifier
	- la traçabilité
-démarche d'organisation des soins	- la faisabilité
-autofmc	- la validité
	- l'efficacité
Bénéfice pour l'équipe de soins	
-développement des connaissances	
-amélioration des pratiques	
-dynamique de réflexion	
Autres bénéfices	
-pour le médecin en propre	
-en terme de santé publique	
-pour l'établissement	

Bibliographie

Lexique

ANAES : Agence nationale pour l'évaluation en établissement de santé
DRESS : Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques
HAS : Haute autorité de santé

1° Journal Officiel n°123 du 28 mai 2005 page 9363, texte n°23.

2° Memin Ch., *Projet de vie avec les personnes âgées et dépendantes en institution*, Bayard, réédition 1992.

3° Copenhagen; WHO-EUROPE; 2003: www.who.int

4° HAS : Six méthodes d'amélioration de la qualité à la disposition des professionnels de santé ; Communiqué de presse ; Juillet 2005.

5° ANAES : Limiter les risques de contention de la personne âgée. Service évaluation en établissement de santé ; Octobre 2000.

6° DRESS : enquête EHPA, Dossier Solidarité Santé n°1 ; Mai 2003.

7° Thomas H, Scodellaro C, Dupré-lévêque D : perceptions et réactions des personnes âgées aux comportements mal traitants : une enquête qualitative ; DRESS : Etudes et résultats n°370 ; Janvier 2005.

8° Ghironi N, Marzais M, Legonidec P, Jonchery F, Marande D, Moulias R : contention physique en gériatrie : dispositifs médicaux et vigilance. *La Revue francophone de gériatrie et de gérontologie* .2005 ; 112 ; 78-82.

9° CONFERENCE DE CONSENSUS : liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médicosociaux et obligation de soins et de sécurité ; Novembre 2004.

10° ANAES : L'audit clinique, bases méthodologiques pour l'évaluation des pratiques professionnelles ; Service évaluation en établissement de santé ; Avril 1999.

11° Estry-Behar M, Santé, satisfaction au travail et abandon du métier de soignant, EMD S.A, Lassay-les-Châteaux (2004); également accessible par Internet : www.next.uni-wuppertal.de

12° Biga J, Nourbashemi F, Andrieu S, Dhers D, Vellas B : Contentions physiques en maison de retraite : évaluation des pratiques après un programme de formation. *Presse Méd.* 2004 ; 33 :1169-1173.

13° Bétourné F : Prescription médicale de la contention : spécificité aux personnes âgées. *Le journal des psychologues*. 2005 ; 230 :64-68.

14° Cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n°75-535 modifiée du 30 Juin 2005.

15° Journal Officiel du 15 avril 2005 : décret n° 2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles.

16° Journal Officiel du 27 avril 1999 : décret n°99-316 relatif aux modalités de tarification et de financements des EHPAD, 99-317 relatif à la gestion budgétaire et comptable des EHPAD.