

FACULTE DE MEDECINE DE COCHIN PORT-ROYAL

PARIS V

ROLE DU MEDECIN COORDONNATEUR

DANS LA MISE EN PLACE D'UN REFERENTIEL EVALUANT LA QUALITE DES SOINS

Docteur Michel BOUBOUR

DIPLOME INTER-UNIVERSITAIRE DE FORMATION

A LA FONCTION DE MEDECIN COORDONNATEUR

D'ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT POUR

PERSONNES AGEES DEPENDANTES

Année 2001-2002

INTRODUCTION

Page 3

1. INTRODUCTION A LA QUALITE.

1-1. QUALITE DES SOINS - EVALUATION DE LA QUALITE DES SOINS -
ASSURANCE DE LA QUALITE – LA ROUE DE LA QUALITE DE DEMING.

1-11. La qualité des soins.

Page 5

1-12. Evaluation de la qualité des soins.

Page 6

1-13. Assurance qualité.

Page 7

1-14. La roue de la qualité de Deming.

Page 7

1-2.DEFINITION D'UN REFERENTIEL EVALUANT LA QUALITE DES SOINS AU
SEIN D'UNE E.P.H.A.D.

Page 8

1-3. LA DEMARCHE QUALITE

1-31. Mise en place d'une démarche qualité.

Page 9

1-32. Les risques de la démarche qualité.

Page 11

1-33. Rôle du médecin coordonnateur dans la démarche qualité.

Page 11

1-4. DEMARCHE QUALITE OU ASSURANCE QUALITE

Page 12

2. L'EVALUATION DES SOINS.

2-1. Le but de l' évaluation Des soins dans le cadre d'une démarche qualité ?
Page 13

2-2. Quels soins évaluer et à partir de quel référentiel ?

Page 13

2-3. Quelles méthodes utiliser pour évaluer les soins ?

Page 14

2-4. Les risques de l'évaluation des soins.

Page.15

3. MISE EN PLACE D'UNE REFERENCE EVALUANT LA QUALITE D'UN SOIN.

3-1. CHOIX DU THEME.	Page 15
3-2. CHOIX DES CRITERES. 17	Page
3-3. CHOIX DE LA METHODE DE MESURE. 20	Page
3-4. RECUEIL DES DONNEES. 21	Page
3-5. ANALYSE DES RESULTATS.	Page 21
3-6. Plan d'actions d'amélioration et reevaluation.	
3-61. Plan d'amélioration.	Page 22
3-62. Réévaluation.	Page 22
3-62. Mis en place d'indicateurs qualité	Page 22
4. LE ROLE DU MEDECIN COORDONNATEUR DANS LA MISE EN PLACE D'UN REFERENTIEL EVALUANT LA QUALITE DES SOINS.	
4-1. ROLE AUPRES DES MEDECINS LIBERAUX	Page 23
4-2. ROLE AUPRES DES AUTORITES DE TUTELLES 23	Page
4-3. ROLE AUPRES DES RESIDENTS ET DE LEUR FAMILLE	Page 24
4-4. ROLE AUPRES DES DIFFERENTS SERVICES DE L'E.H.P.A.D.	Page 25
4-5. ROLE DE LAEDER 25	Page
CONCLUSION.	Page 27
ANNEXES.	Page 29

INTRODUCTION

Par la signature des conventions tripartites les E.H.P.A.D. s'engagent dans une démarche « d'assurance qualité » qui touche l'ensemble de l'organisation de l'établissement et des prestations qu'il fournit.

Cette démarche, nouvelle pour les E.H.P.A.D., mais non pour les hôpitaux qui sont déjà soumis à l'« accréditation », ne doit pas être considérée comme un travail administratif mais comme l'occasion de s'interroger sur ce que l'on fait, si on le fait bien et comment mieux le faire. Elle doit permettre l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées dans les E.H.P.A.D.

Cette obligation de « démarche qualité » peut apparaître comme un diktat imposé par les autorités de tutelle, en fait, elle est le résultat de l'évolution du rapport entre notre société et le monde de la santé. Le patient qui, auparavant, était soumis au pouvoir médical, est devenu un usager avec des droits (Chartre des Droits du Patient, puis la loi d'Avril 2002 : Les Droits du Patient; Chartre des Droits et Libertés de la Personne Agée Dépendante.) Sa confiance aveugle dans notre système de santé est, depuis le scandale du sang contaminé, limitée. Son attitude qui était jusqu'alors passive devant l'offre de soins fournis par les établissements de santé, est devenue celle d'un « client » critique, guidé par des enquêtes plus ou moins judicieuses, réalisées par des instituts de consommateurs. La « démarche qualité » est l'une des réponses à ce changement d'attitude du patient, d'une part parce qu'elle oblige les établissements à une grande transparence, ce qui devrait permettre de recréer le climat de confiance indispensable aux soins et, d'autre part, parce que son aboutissement, « l'assurance qualité », est la garantie qu'une certaine qualité de soins sera effectivement donnée.

Pour nous soignants, la démarche qualité c'est aussi l'occasion de voir peu à peu s'élaborer des « recommandations de bonnes pratiques » validées par des organismes compétents (A.N.A.E.S.) et donc d'avoir, d'une part, des guides dans notre activité quotidienne, mais aussi, d'autre part, de voir se définir des normes reconnues par tous. Chaque établissement, chaque soignant doit mettre ses méthodes de travail en conformité avec ces recommandations et le prouver par un document écrit, car en cas d'accident (sans parler d'erreur), c'est seulement cette preuve d'un travail fait en conformité avec les recommandations qui pourra le disculper devant la justice.

A partir de ces « recommandation de bonnes pratiques » produites par l'A.N.A.E.S., on peut créer des « normes » qui permettent d'évaluer la qualité des soins. L'ensemble de ces normes constituera un référentiel. Actuellement, même si l'A.N.A.E.S. produit beaucoup, nous n'avons pas assez de « recommandation de bonnes pratiques » pour pouvoir élaborer un référentiel évaluant la qualité de tous les soins effectués dans un E.H.P.A.D., mais la méthodologie pour évaluer la qualité d'un soin ou de l'ensemble des soins est la même.

L'évaluation de la qualité des soins n'est qu'une des composantes de la démarche qualité et envisager le rôle que le médecin coordonnateur peut ou doit y jouer, ne peut se faire que dans la perspective de celui qu'il peut ou doit jouer dans la démarche qualité.

De fait, par la signature de la convention, le directeur décide de mettre en place une démarche qualité au sein de son E.H.P.A.D., aussi la question de son adhésion à cette démarche ne se pose pas, en revanche rien n'indique la place que doit y avoir le médecin coordonnateur, et les questions qui se posent sur son rôle dans cette démarche qualité, sont les mêmes que celles qui se posent sur son rôle dans l'évaluation de la qualité des soins. Doit-il simplement s'y impliquer au même titre que tous les intervenants au sein de l'E.H.P.A.D. ou y avoir une action plus déterminante ? Peut-il se dispenser de prendre part très activement à ce travail s'il veut rentrer pleinement dans sa fonction ? Les E.H.P.A.D., qui sont souvent de petites ou moyennes structures, ont-elles les moyens de se dispenser de la participation active de ce cadre supérieur, expert en soins médicaux ? La démarche qualité concerne tous les intervenants au sein de l'E.H.P.A.D. et en particulier les médecins libéraux ; quelle action doit avoir le médecin coordonnateur pour les mobiliser et les faire participer ?

L'évaluation de la qualité des soins dans un E.H.P.A.D. n'étant qu'un des aspects de la démarche qualité, il me paraît indispensable d'en rappeler succinctement les grands principes ainsi que les grandes définitions.

1. INTRODUCTION A LA QUALITE.

Le but de ces quelques lignes n'est pas d'expliquer ce qu'est la qualité mais de faire entrevoir que c'est une notion complexe, évoluant dans le temps, perçue différemment par l'utilisateur, le professionnel ou les instances tutélaires. Le but est également de donner des points de repère pour juger de la valeur de la démarche qualité mise en place dans l'E.H.P.A.D. et de voir si une évaluation de la qualité des soins est réalisable ou non.

1-1. QUALITE DES SOINS - EVALUATION DE LA QUALITE DES SOINS – ASSURANCE DE LA QUALITE – LA ROUE DE LA QUALITE DE DEMING.

Dans le monde industriel la notion de qualité a évolué dans le temps et s'est complexifiée. Si au début la qualité n'était que la vérification du produit fini, elle s'est étendue à la vérification du mode de production du produit, puis est devenue un mode de management de l'entreprise centré sur la satisfaction et la confiance du client, ainsi que sur sa capacité « d'auto-améliorer » son fonctionnement.

Cette conception de la qualité l'ISO* la définit par : « L'obtention de la satisfaction durable du client en répondant à ses besoins et attentes au sein d'un organisme s'engageant à améliorer constamment son rendement et son efficacité. »

La conception de la « qualité » dans le domaine de la santé est issue de la conception de la qualité du monde industriel et suit la même évolution.

1-11. La qualité des soins.

Dans les années 1960, Avedis Donabedian disait : « Un soin de grande qualité est un soin qui assure le mieux possible le bien-être du patient, après que celui-ci ait pu juger des relations entre les gains espérés et les risques inhérents au soin lui-même. »

En 1984, l'Américain Medical Association définit un soin de qualité comme « un soin qui contribue efficacement à améliorer ou à maintenir la qualité et/ou la durée de vie », en y intégrant les notions de préventions, d'opportunité des soins, d'information et de participation des patients, de maintien des connaissances scientifiques et d'usage efficient des ressources.

En 1987, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la qualité dans les établissements de santé comme « une démarche qui doit permettre de garantir à chaque

(*) ISO : International Organisation for Standardization : fédération mondiale d'organismes nationaux de normalisation, siégeant à Genève, composée 75 pays membres dont la France représentée par l'AFNOR.

patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui leur 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 iatrogénique, et

pour sa grande satisfaction, en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soin ». Cette définition appelle un commentaire :

L'OMS parle de « qualité des établissements de santé », implicitement elle lie la qualité des soins à celle de l'établissement (qualité de la structure et de l'organisation de l'établissement, qualité du management...). Il apparaît donc que la qualité des soins ne peut être isolée mais doit s'inscrire dans une « politique qualité » de l'établissement, voulue par la direction et entrant dans le cadre du projet d'établissement.

D'autre part il faut la mettre dans la perspective de la définition de la qualité proposée par l'ISO : « L'obtention de la satisfaction durable du client en répondant à ses besoins et attentes... » Dans cette définition le seul juge de la qualité est le client, mais le client, en particulier dans le domaine des soins, est-il le seul à pouvoir juger de la qualité d'un établissement et conçoit-il la qualité de la même façon que le professionnel ?

Ceci conduit à distinguer plusieurs qualités :

- La qualité prévue : la qualité que veut atteindre l'établissement. C'est une qualité théorique et déterminée à partir de référentiels.
- La qualité fournie : la qualité réalisée par l'établissement. Elle est objectivable et quantifiable.
- La qualité perçue : la qualité que perçoit le patient et toutes personnes en relation avec l'établissement. Elle est subjective mais mesurable.
- La qualité attendue : qualité souhaitée par les patients. Elle est théorique et descriptive.

La somme de ces quatre qualités est la qualité globale.

1-12. Evaluation de la qualité des soins.

Parler de qualité des soins conduit à parler de l'« évaluation de la qualité des soins ». En 1990, Lohr (1) en donne cette définition : « Une activité formelle et systématique destinée à identifier les problèmes dans la délivrance des soins, à concevoir des mesures correctives et à réaliser un suivi afin de s'assurer qu'aucun problème nouveau n'a été introduit et que les mesures correctives sont effectives. »

L'objectif de l'évaluation de la qualité des soins n'est pas de porter un jugement de valeur sur la qualité des soins à un moment donné, mais de trouver une solution aux problèmes mis en évidence pour améliorer le soin apporté aux personnes. Cette recherche d'amélioration des soins peut entraîner des modifications de l'organisation des services, voir de l'établissement.

Il est donc clair qu'elle ne peut être le seul fait du médecin coordonnateur, mais qu'elle doit faire parti d'une politique d'établissement et qu'elle doit être l'un des outils mis en place par la direction pour améliorer la qualité des soins et, ainsi, la qualité de vie des résidents.

1-13. Assurance qualité.

Dans ces définitions de la qualité nous n'avons qu'une évaluation sur la qualité du soin donné, c'est-à-dire une qualité rétrospective. On peut supposer que ce qui intéresse le patient, c'est la certitude que le soin qu'il va subir sera de qualité. Cette notion de qualité avenir, qualité prospective, existe dans l'industrie sous le nom d'assurance de la qualité et est définie selon la norme ISO 8402, par : l' « Ensemble des activités préétablies et systématiques mises en œuvre dans le cadre du système qualité, et démontrées en tant que besoin, pour donner la confiance appropriée en ce qu'une entité satisfera aux exigences pour la qualité. »

H. Lecllet et C.Vilcot (2) disent : « Le rôle de l'assurance qualité est de définir quelles sont les prestations obligatoires que l'on doit fournir, d'identifier et de maîtriser les processus qui leur sont liés, de construire des indicateurs aussi objectifs que possible alors que les besoins des clients comportent une bonne part d'implicite. »

Ce principe comprend plusieurs étapes : la première est de déterminer quel niveau de qualité on veut obtenir à priori (ce niveau est déterminé à partir de normes); la seconde est de mettre en place un système logique et organisé, fiable et sécurisé qui permet d'assurer ce niveau de qualité (c'est la phase d'élaboration, de validation et de mise en place des processus); la troisième est de prouver que ce niveau de qualité est atteint et maintenu (mise en place d'indicateurs, réalisation d'audit qualité) ; la quatrième est de s'assurer que l'on répond toujours à la demande du patient (enquêtes de satisfaction).

1-14. La roue de la qualité de Deming.

En 1951, William Edward Deming introduit le concept d'amélioration continue de la qualité, ou le cycle PDCA, ou encore la roue de la qualité de Deming.

C. Vilcot et H. Lecllet (3) écrivent : « L'objectif du PDAC est d'améliorer les résultats en mettant en œuvre une démarche d'amélioration des performances (d'un établissement de santé, d'un département ou d'un service, d'une équipe) avec le temps, par petites étapes, en s'appuyant sur le savoir-faire des acteurs et en optimisant les processus et les modes d'organisation. Ainsi, on améliore la qualité fournie et la qualité perçue. »

Deming construit le cycle de l'amélioration continue sur quatre étapes :

- Plan (planifier) : prévoir et définir ce que l'on veut obtenir et comment l'obtenir en se concentrant sur ce qui est essentiel et/ou critique.
- Do (faire) : mettre en œuvre ce qui a été prévu en donnant les moyens prévus.
- Check (mesurer, vérifier, contrôler) : vérifier que ce qui est fait est conforme à ce qui est prévu.
- Act (réagir et améliorer) : corriger les écarts en modifiant les moyens, les méthodes ou en redéfinissant les buts.

Mettre en place cette méthode d'amélioration continue de la qualité, c'est mettre en place un « management de la qualité » que l'ISO définit comme étant des « activités coordonnées permettant d'orienter et de contrôler un organisme en matière de qualité ... qui incluent généralement l'établissement d'une politique qualité et

d'objectifs qualités, la planification de la qualité, la maîtrise de la qualité, l'assurance de la qualité et l'amélioration de la qualité.

1-2. DEFINITION D'UN REFERENTIEL EVALUANT LA QUALITE DES SOINS AU SEIN D'UNE E.P.H.A.D.

H. Lecllet et C. Vilcot donne comme définition (4) : « Texte opposable, regroupant un ensemble de références couvrant un domaine d'activité d'un établissement de santé, utilisé pour délivrer une accréditation ou une certification. Ce sont les informations qui constituent un modèle servant à évaluer une situation réelle. » Une référence étant, toujours selon les mêmes auteurs : l'« énoncé d'une attente ou d'une exigence permettant de satisfaire la délivrance d'un soin ou d'une prestation de qualité. Une référence sert de base à une appréciation. »

Dans le guide d'accompagnement de l'outil d'auto-évaluation ANGELIQUE, une définition de « référentiel » est également donnée dans les annexes : « Ensemble de références sur lesquelles il convient de s'appuyer pour permettre une activité d'évaluation objective. Ce référentiel doit s'appuyer sur l'état des connaissances et « de l'art » et être validé par une autorité compétente. »

Toujours dans le guide d'accompagnement de l'outil d'auto-évaluation ANGELIQUE, il est également écrit : « Il (le guide ANGELIQUE) propose quelques questions synthétiques sur les principaux points afin de déclencher interrogation et analyse ; celles-ci devront s'appuyer sur les recommandations de bonnes pratiques établies et/ou validées par les organismes compétents (ANAES, AFSSAPS, sociétés savantes, ...) ». Par cette phrase les autorités ministérielles reconnaissent que l'on ne peut immédiatement évaluer l'ensemble des activités d'une EHPAD, en particulier dans le domaine du soin, mais elles indiquent les points essentiels qui doivent faire l'objet d'une « analyse », c'est-à-dire d'une évaluation réalisée à partir des recommandations de bonnes pratiques établies par les organismes compétents.

1-3. LA DEMARCHE QUALITE.

L'évaluation de la qualité des soins, l'assurance qualité ou l'amélioration continue de la qualité ne peuvent exister que dans le cadre d'une démarche qualité.

H. Lecllet et C. Vilcot (5) définissent la démarche qualité comme l'« ensemble des méthodes, des techniques et des actions managériales que mène l'établissement de santé pour gérer la qualité de ses prestations dans le but de satisfaire ses clients, d'assurer sa pérennité et de se développer. »

Cette démarche doit viser prioritairement la satisfaction des besoins et des exigences des clients (patients, proches des patients, médecins intervenant dans l'E.H.P.A.D. ...) et non pas seulement la bonne réalisation d'actes techniques. Elle est construite en grande partie selon la méthode de l'amélioration continue de la qualité, elle peut aboutir à l'assurance qualité (ou à l'accréditation par l'A.N.A.E.S. pour les établissements hospitalier).

La mise en place d'une démarche qualité nécessite l'implication forte de la direction de l'E.H.P.A.D. qui doit faire de la « qualité » une des valeurs fondatrices de la politique de l'établissement. Cette valeur doit apparaître dans le projet d'établissement (soumis à l'approbation du Conseil d'Administration et du Conseil d'Etablissement) et doit donner lieu à l'obtention de moyens (humains, financiers, logistiques). La direction doit également mener une action de communication auprès du personnel pour la faire partager afin que chacun se sente concerné et responsable.

Cette mobilisation de l'ensemble du personnel implique la réussite de la démarche qualité (c'est-à-dire la réalisation d'objectifs concrets et perceptibles par tous), sous peine d'une démotivation générale.

Entreprendre une démarche qualité c'est un risque que prend l'établissement et sa mise en place doit être réfléchie et structurée.

1-31. Mise en place d'une démarche qualité.

Le premier acte est la création par le directeur d'établissement du comité de pilotage.

Le comité de pilotage est le seul décideur. Il doit être constitué du directeur qualité et de cadres supérieurs de l'établissement initiés à la « qualité ».

Sa première action est d'informer l'ensemble du personnel sur la mise en place de la démarche qualité.

Puis il doit conduire des enquêtes de satisfactions, des audits, des auto-évaluations afin de déterminer les points forts et les points faibles de l'établissement (dans nos établissements, l'auto-évaluation réalisée avec le référentiel ANGELIQUE est bien souvent le premier acte de la démarche qualité). Il faut souligner que pour certains auteurs, le groupe réalisant cette auto-évaluation (sept ou huit personnes) doit être représentatif de l'ensemble du personnel, ne dépend que du comité de pilotage et n'intervient pas dans le reste de la démarche qualité.

A partir de ces différents travaux d'enquête et d'évaluation et après leur analyse, le comité de pilotage décide des actions à conduire, établit le schéma d'ensemble de la démarche qualité et le budget. Enfin, il forme la cellule qualité.

La cellule qualité est constituée d'un spécialiste qualité, le directeur qualité, et de personnes (formées à la qualité) représentant les différents secteurs d'activité de l'E.H.P.A.D., c'est un groupe consultatif et non décisionnel.

Son rôle est d'organiser la mise en oeuvre des décisions prises par le comité de pilotage en ayant une méthodologie de travail de type « démarche qualité ».

Pour cela ses actions sont multiples. Elle doit mettre en place des groupes de travail sur les thèmes décidés par le comité de pilotage et les suivre dans leur action. Elle doit également gérer les sources d'informations extérieures (documentation, expertise, audit externe, ...), tester les procédures élaborées par les groupes de travail et éventuellement les faire modifier, puis, dans un second temps, après les avoir validées et sur décision du comité de pilotage, elle doit les mettre en place et évaluer leur application.

Que ce soit lors de la mise en route de la démarche qualité, lors de la constitution des groupes de travail ou lors de la mise en place de procédures, la cellule qualité a un rôle essentiel de communication. Elle doit savoir-faire descendre l'information mais aussi la faire remonter. La cellule qualité doit assurer également tout l'archivage des documents liés à la démarche qualité (résultats des audits, enquêtes de satisfaction, procédures et protocoles...).

Les groupes de travail sont constitués de six à huit professionnels travaillant sur le terrain. Chaque groupe de travail doit être représenté au sein de la cellule qualité par une personne. Leur rôle est d'élaborer les procédures et les protocoles à partir de la documentation fournie par la cellule qualité, du résultat des différentes enquêtes (auto-évaluation, audit-clinique, enquêtes de satisfaction, ...).

1-32. Les risques de la démarche qualité.

Le premier risque de la démarche qualité est le non-aboutissement provoquant une démotivation du personnel et donc la mise en danger de l'établissement. Lorsque la direction d'un EHPAD décide d'entreprendre une démarche qualité, elle doit être consciente de ce risque afin de se donner les moyens de réussir celle-ci, elle doit savoir aussi se fixer des objectifs à courts et moyens termes, objectivables par l'ensemble du personnel, afin de matérialiser les progrès réalisés et créer ainsi une dynamique positive.

Les autres risques sont :

- la « réunionite » qui détourne le personnel de son travail,
- le « bachotage » qui conduit le personnel (ou la direction de l'établissement) à n'agir qu'en fonction des critères qualités retenues,
- la « bureaucratie » qui aboutit à une surproduction d'écrits que plus personne ne lit,
- le « perfectionnisme » qui maintient le personnel dans un perpétuel état d'insatisfaction.

Cette liste n'est malheureusement pas exhaustive et la démarche qualité présente d'autres pièges qui, s'ils ne sont pas évités, conduisent à plus ou moins long terme à son enlèvement.

1-33. Rôle du médecin coordonnateur dans la démarche qualité.

Dans la quatrième partie du guide d'auto-évaluation ANGELIQUE intitulée « démarche qualité », seule la question n° 142 fait référence au médecin coordonnateur : « Existe-t-il des groupes de travail thématiques consacrés à l'amélioration de la qualité, associant les représentants des résidents et les professionnels concernés ? Le médecin coordonnateur et, lorsqu'il existe, l'infirmier référent participent-ils à ces réunions ? ... »

D'après cette question le rôle du médecin coordonnateur est limité à sa participation aux groupes de travail.

A l'opposé, dans la convention type proposée par la DDASS et la Direction de l'Action Sociale du département des Yvelines aux E.H.P.A.D. il est écrit dans l'article 2 :

« Les objectifs généraux de l'E.H.P.A.D... visent :

1. à l'amélioration de :
 - La qualité de vie des résidents,
 - La qualité des relations avec les familles et le maintien du lien social,
 - La qualité du personnel dont l'institution est garante en terme de professionnalisation et de capacité relationnelle.

Le responsable de l'établissement, le médecin coordonnateur et l'infirmier référent ont un rôle important à jouer dans ce secteur.

2. à l'inscription de l'établissement dans une coordination gérontologique locale. »

Dans ce texte, les autorités tutélaires du département des Yvelines placent le médecin coordonnateur avec le directeur de l'établissement et le responsable infirmier au cœur de la démarche qualité et implicitement elles indiquent l'ébauche de la composition du comité de pilotage. Que le médecin coordonnateur fasse partie du comité de pilotage semble logique, mais quels sont les autres rôles qu'il peut jouer ?

Peut-il être le directeur de la cellule qualité ? Ce poste clef pour la réussite de la démarche qualité doit être rempli par quelqu'un de compétant et de rompu aux techniques de la qualité... A chacun d'évaluer ses capacités et ses aptitudes pour remplir ce poste technique, mais il n'a aucun lien avec la fonction de médecin coordonnateur.

Doit-il faire partie de la cellule qualité ? Les E.H.P.A.D. sont de petites structures avec peu de personnes ressources, aussi il semble incontournable qu'il en fasse partie.

De même sa participation à certains groupes de travail paraît inévitable, (d'ailleurs le référentiel d'auto-évaluation ANGELIQUE par sa question n° 142 la suggère).

Mais à côté de ces rôles codifiés et donc assez facile à remplir, le médecin coordonnateur a également une mission plus complexe : faire accepter la démarche qualité par les soignants libéraux intervenant dans l'établissement, c'est-à-dire les faire participer à ce processus d'amélioration de la qualité des soins en leur faisant accepter, éventuellement, le changement de leur façon de procéder.

1-4. DEMARCHE QUALITE OU ASSURANCE QUALITE

Le référentiel d'auto-évaluation ANGELIQUE parle de « démarche qualité », c'est-à-dire l'amélioration continue de la qualité des prestations fournies par l'E.H.P.A.D.

Dans l'arrêté du 26 avril 1999, dans le cahier des charges de la convention pluriannuelle, à l'article 5-1 de la loi N° 75-535 modifiée du 30 juin 1975, il est écrit dans les recommandations visant à garantir la qualité des prises en charge des personnes âgées dépendantes : « Il est impératif que les partenaires conventionnels s'engagent dans une démarche « d'assurance qualité » garantissant à toute personne âgée dépendante accueillie en établissement les meilleures conditions de vie, d'accompagnement et de soins. » Rappelons la définition que donnent H. Leclot et C. Vilcot de l'assurance qualité : « Le rôle de l'assurance qualité est de définir quelles sont les prestations obligatoires que l'on doit fournir, d'identifier et de maîtriser les processus qui leur sont liés, de construire des indicateurs aussi objectifs que possible alors que les besoins des clients comportent une bonne part d'implicite. Si le référentiel ANGELIQUE donne une obligation d'amélioration de la qualité, l'arrêté du 26 avril donne une obligation de résultat et, à terme, il existera sans doute une véritable accréditation pour les EHPAD comme elle existe déjà pour les établissements hospitaliers.

2. L'EVALUATION DES SOINS.

2-1. Le but de L'EVALUATION Des soins dans le cadre d'une démarche qualité .

Comme nous l'avons déjà vu, le but de l'évaluation des soins, dans le cadre d'une démarche qualité, n'est pas tant de savoir si on travaille bien ou non mais de savoir comment faire pour mieux travailler. C'est pour cette raison que l'évaluation des soins est une action qui se conçoit dans le temps, temps décomposé en plusieurs phases : enquête sur le terrain, élaboration de nouvelles procédures de soins, validation de ces procédures, leur mise en place et leur application, puis nouvelles enquêtes, actions correctives et éventuellement modification des procédures...

2-2. Quels soins évaluer et à partir de quel référentiel ?

L'évaluation de la qualité des soins s'effectue à partir d'un référentiel, ce référentiel étant validé par une autorité compétente. Actuellement il n'existe aucun référentiel évaluant la totalité des soins effectués dans un EHPAD, de plus vouloir d'emblée évaluer tous les soins pratiqués, serait une tâche trop lourde et peu réalisable.

L'arrêté du 26 avril 1999 établit le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle relative aux institutions sanitaires et sociales ; ce cahier des charges est repris par le guide d'auto-évaluation ANGELIQUE.

Dans la deuxième partie de ce guide, intitulée « Réponses apportées aux résidents en termes d'autonomie, d'accompagnement et de soins », dans le chapitre trois « aides et soins spécifiques » certains aspects particulièrement importants de la prise en charge de la personne âgée sont abordés : la nutrition, l'hydratation, l'incontinence, les chutes, la détérioration intellectuelle, les troubles psychiatriques, la douleur, les escarres, la contention physique, la fin de vie. Il est évident que ce sont les axes prioritaires qui doivent être suivis.

Dans l'arrêté du 26 avril 1999 il est également donné en addendum quelques ouvrages de référence notamment sur la détérioration intellectuelle, l'incontinence urinaire de l'adulte, la douleur, la prévention des escarres, la prescription des médicaments aux personnes âgées.

C'est à partir de ces ouvrages que doit être construit, par un groupe de travail composé de personnes de l'établissement, le référentiel utilisé dans cet établissement.

De la pertinence de ce référentiel dépendra la pertinence de l'évaluation des soins.

2-3. Quelles méthodes utiliser pour évaluer les soins ?

L'audit clinique est la méthode de choix pour réaliser une évaluation des soins. Il a été défini par l'A.N.D.E.M. comme étant (6) : « Une méthode d'évaluation qui permet à l'aide de critères déterminés de comparer les pratiques de soins à des références admises, en vue de mesurer la qualité de ces pratiques et des résultats de soins avec l'objectif de les améliorer. »

Le professeur Yves MATILLON écrit (7) : « Le principe de l'audit clinique est de mesurer la qualité d'une pratique à l'aide de critères explicites, objectifs et de comparer les résultats au référentiel. L'écart observé entre la qualité souhaitée explicitée dans le référentiel et la qualité appliquée impose la mise en place d'un plan d'amélioration puis le suivi de son impact. » Si sa définition est très proche de celle de l'ANDEM, elle indique néanmoins la nécessité d'une action se prolongeant dans le temps et inscrit ainsi l'audit clinique dans l'esprit de la définition de l'évaluation de la qualité des soins que donne Lohr.

L'audit clinique est réalisé par le personnel de l'établissement, c'est un « audit première partie ». Il est à distinguer des « audits seconde partie » réalisés par des personnes extérieures à l'établissement mais mandatées par la direction de l'établissement, et des « audits tierce partie » réalisés par des organismes indépendants officiellement reconnus à délivrer des certifications (ou l'A.N.A.E.S pour l'accréditation des établissements hospitaliers).

2-4. Les risques de l'évaluation des soins.

Le premier risque est l'enlisement (et donc la démotivation des soignants) par manque de rigueur dans la démarche qualité. L'évaluation de la qualité des soins fait partie de cette démarche qualité et donc en dépend. Tout dysfonctionnement de cette démarche conduit à un dysfonctionnement dans le processus d'évaluation de la qualité des soins. Un comité de pilotage qui ne sait pas identifier les actions prioritaires et établir un calendrier pour les réaliser, va épuiser ses cadres et sa cellule qualité. Une cellule qualité qui ne sait pas organiser et planifier l'action des groupes de travail, va les démobiliser. Une cellule qualité qui ne sait pas faire circuler toute l'information utile et que l'information utile, va soit tenir le personnel à l'écart du processus, soit le noyer sous une pluie de papier.

Le second risque est de ne pas préserver l'acquis. Si, lors de la mise en place d'un référentiel, il n'existe pas de la part de l'encadrement une réelle valorisation des points positifs des pratiques de soins réalisées dans l'établissement, ceux-ci risquent d'être oubliés.

Le troisième risque est l'inadéquation entre les exigences du référentiel établi et les moyens mis en œuvre par l'établissement pour sa réalisation et donc de maintenir ainsi le personnel dans une perpétuelle situation d'échec, ce qui à terme aboutira à sa démotivation.

Enfin, faire une évaluation des soins est une démarche difficile pour les professionnels de santé car elle est provoquée un questionnement sur leurs pratiques, donc sur leur qualité de soignant, voir leur qualité humaine. Il faut donc un encadrement fort, à la fois bienveillant et exigeant, à la fois patient et désireux d'obtenir un résultat, un encadrement conscient du risque qu'il fait courir à l'équipe soignante, un encadrement qui sait constamment répéter que ce travail d'évaluation n'est pas effectué dans une perspective de jugement mais d'amélioration de la qualité des soins, avec pour finalité, une meilleure qualité de vie pour les résidents.

3. MISE EN PLACE D'UNE REFERENCE EVALUANT LA QUALITE D'UN SOIN.

Quelque soit le soin choisi, la méthode reste celle de l'audit clinique qui se décompose en six étapes.

3-1. CHOIX DU THEME.

C'est le comité de pilotage qui doit choisir le thème. Dans les circonstances actuelles il est évident qu'il faut se servir des résultats de l'auto-évaluation réalisée à l'aide du guide ANGELIQUE qui ont permis de mettre en évidence les points faibles de l'établissement, mais ce n'est pas une obligation.

Dans le guide de l'ANAES « L'AUDIT CLINIQUE, Bases méthodologiques de l'Evaluation des Pratiques Professionnelles », un tableau est proposé pour sélectionner le thème d'audit.

Critères

Cotation de 1 à 5

Commentaires

Le thème :

- est une pratique fréquente
- est une pratique à risque
- concerne un dysfonctionnement connu
- présente un réel potentiel d'amélioration
- s'appuie sur l'existence de références

scientifiques et/ou réglementaires

- est soutenu par les professionnels

Le projet :

- s'inscrit dans une démarche cohérente
au sein de l'établissement
- est soutenu par la direction
- favorise une réflexion multiprofessionnelle
- dispose de moyens nécessaires pour
son bon déroulement

Coter chacun des 10 items et classer les projets selon les totaux obtenus.

La cellule qualité doit alors :

- déterminer le champs d'étude (est-ce tout l'E.H.P.A.D. ou simplement une unité spécialisée qui est concernée ?) ;
- nommer un responsable de projet qui doit être à la fois reconnu pour ses qualités professionnelles et avoir une certaine aura dans l'établissement ; il doit faire partie de la cellule qualité ;
- nommer le groupe de projet, coordonné par son responsable, composés d'acteurs de soins « sur le terrain », de professionnels ayant une expertise sur le thème, d'un professionnel ayant des connaissances sur la méthodologie de l'audit clinique.

Le premier travail du groupe de projet est de faire le bilan de l'existant. Deux situations peuvent se présenter :

- soit, il existe un référentiel déjà en place et il faudra donc en évaluer l'application,
- soit, il n'existe pas de référentiel et il faudra recenser les différentes pratiques utilisées dans l'établissement par entretien avec le personnel, par auto-évaluation anonyme.

Au terme de cette étape il faut pouvoir énoncer :

- le problème,
- sa cause
- ses effets sur les résidents et les professionnels.

A titre d'exemple et pour soulever les problèmes que peut rencontrer le médecin coordonnateur dans ce travail d'évaluation de la qualité des soins, j'ai choisi d'étudier la mise en place d'un référentiel évaluant les pratiques de la contention.

Dans l'exemple de la contention physique, le document de référence est bien sûr celui que l'A.N.A.E.S. a publié sous le titre « Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée. »

Ce texte nous indique la démarche médicale à faire avant de prescrire une contention, l'information à donner à la personne et à ses proches, la mise en œuvre de la contention, les risques de la contention et enfin une démarche pour réduire sa pratique dans nos établissements.

Il nous donne également une « Fiche de recueil spécifique à chaque épisode de contention » (annexe 1). Cette fiche permet d'effectuer une étude des pratiques en cours dans l'établissement, de mettre en évidence un dysfonctionnement, d'en évoquer la cause. Cette fiche permet de faire le bilan initial de l'existant. Elle est très exigeante mais elle présente l'avantage de provoquer un questionnement chez le soignant.

3-2. CHOIX DES CRITERES.

Lors de cette étape, le groupe de projet, à partir d'une analyse de la littérature (réglementation, recommandations ...) doit :

- définir les critères qualités,
- rédiger le référentiel (ou l'actualiser) en prenant en compte le contexte local, c'est-à-dire les moyens dont dispose l'établissement et les résultats de l'enquête initiale,
- sélectionner les critères représentatifs de la qualité à évaluer dans la pratique et leur donner une valeur cible.

Dans ce document l'A.N.A.E.S. nous donne le référentiel de bonnes pratiques de la contention physique ainsi que les critères représentatifs de la qualité (annexe 2).

Pour bien comprendre le référentiel A.N.A.E.S., il faut d'abord se rappeler son domaine d'application : « Les recommandations de pratique s'appliquent à toute personne âgée de plus de 65 ans, encore capable de se mobiliser, hospitalisée dans un service de soins ou prise en charge par une structure de type maison de retraite ou de long séjour. » Sont donc exclus les personnes grabataires qui, par manque de force, ne sont plus capables de maintenir une position assise et que l'on contient (alors qu'un fauteuil gériatrique adapté serait plus confortable et aussi efficace). Le référentiel vise le dément déambulant-dérangeant, la personne agressive ou agitée, la personne qui chute...

Cette restriction apportée, ce référentiel reste inapplicable aux E.H.P.A.D. Le neuvième et le dixième critère indiquent que la contention doit être prescrite et réévaluer toutes les 24 heures. Dans un E.H.P.A.D. il semble difficile de faire venir un médecin libéral tous les jours pour renouveler sa prescription. Le médecin coordonnateur doit-il, avec son accord, se substituer à lui ? Ou bien faut-il accepter que la prescription soit faite pour une durée de plusieurs jours ? Dans les cas d'urgences, faut-il appeler un médecin de garde pour prescrire une contention ou bien déléguer cette prescription à une infirmière référente ? La réévaluation de la nécessité de la contention peut-elle être effectuée par l'infirmière ?

Même si le référentiel proposé par l'A.N.A.E.S. est d'une très grande qualité et qu'il fournit tous les documents nécessaires (feuille de recueil spécifique, critères qualités, grilles d'évaluation), il n'est pas applicable de la même façon dans chaque E.H.P.A.D. Le groupe de projet doit savoir l'adapter aux moyens dont dispose son établissement. Il paraît évident qu'un médecin doit participer à ce travail d'adaptation. Ce médecin doit connaître parfaitement le mode de fonctionnement de l'E.H.P.A.D., y passer du temps pour en connaître les principaux rouages, c'est-à-dire en être salarié et, vu la taille de nos structures, le seul médecin salarié étant le médecin coordonnateur...

Ce travail d'adaptation doit se faire d'une part à partir du bilan initial fait à l'aide de la « fiche de recueil spécifique à chaque épisode de contention » et d'une réflexion sur le texte de l'A.N.A.E.S.

Quel est l'esprit du référentiel ? Rappeler que la contention est une pratique dangereuse et qu'avant de la prescrire, il faut rechercher les moyens de l'éviter. Lutter contre la « contention sauvage », qu'une contention doit être prescrite par un médecin après avis de l'équipe soignante et pour une durée déterminée. Rappeler qu'un patient contenu nécessite une surveillance beaucoup plus rigoureuse qu'un autre.

En annexe 3 je propose de nouveaux critères neuf et dix, mais ils n'ont pas plus de valeurs que ceux de l'A.N.A.E.S., l'important est que chaque établissement adapte ces critères à ses possibilités, tout en respectant l'esprit du référentiel.

Si le groupe projet doit savoir adapter le référentiel aux moyens de la structure, il doit savoir aussi exiger un minimum de moyens.

Des moyens en personnel, tant en personnel infirmier et aide-soignant afin de permettre une surveillance attentive des résidents, qu'en kinésithérapeutes pour rééduquer les gens à la marche, leur apprendre à se servir d'une canne ou d'un déambulateur, à se relever d'un fauteuil en prenant appui sur les accoudoirs.

Des moyens en matériel, sièges adaptés aux personnes âgées, déambulateurs en état de fonctionnement, barres d'appuis et siège de repos dans les couloirs, mais aussi ceintures de contentions correctes et en nombre suffisant.

S'il y a carence de moyens le premier travail du groupe de projet est de le souligner, voire même d'arrêter son travail en explicitant, à la cellule qualité, la raison pour laquelle il le fait.

Le groupe de projet doit aussi prévoir des outils à la fois pédagogiques et facilitant le travail des soignants.

Ces outils peuvent être des ordonnances permettant aux médecins de préciser les motifs de la contention, sa durée, les moyens utilisés, les risques à prévenir ainsi que la surveillance à effectuer.

De même le groupe de projet peut établir des fiches de surveillance, reprenant la surveillance prescrite par le médecin, mais aussi celle que recommande l'A.N.A.E.S. à savoir les paramètres physiques (fonction respiratoire, état cutané au niveau des points d'attaches et des points d'appui, l'hydratation, la continence) et les paramètres psychologiques et environnementaux (écoute de la personne, la placer dans un endroit qu'elle souhaite).

Le groupe projet doit aussi faire un formulaire pour recueillir le consentement de la personne, ou de son représentant légal, à la contention.

Ces documents devront être colligés dans le dossier du patient. Ils peuvent se présenter sous la forme d'un livret (annexe 4).

La mise en place de ces différents documents doit être l'occasion d'un travail de communication et d'explication. Fournir aux médecins libéraux des ordonnances particulières pour prescrire les contentions, donne l'occasion au médecin coordonnateur de les rencontrer et de leur rappeler les points essentiels à vérifier avant de prescrire une contention.

Fournir des feuilles de surveillance aux infirmières et aux aides soignantes permet au médecin coordonnateur de leur dire que la contention n'est pas un acte anodin mais dangereux, qu'il doit être réalisé sur prescription médicale, qu'une personne contenue nécessite une surveillance rigoureuse.

Le groupe projet peut également rédiger une procédure. Celle-ci décrit chaque étape aboutissant à la mise en place d'une contention, (quand appeler le médecin traitant ou le médecin de garde, quand prévenir la famille, quels documents utilisés, qui à la possibilité de lever la contention...). Le groupe projet doit la rédiger en fonction

des documents qu'il a produit et des possibilités qu'il s'est donné, (c'est à dire des possibilités qu'il a obtenu de l'établissement).

Des réunions doivent donc être organisées au sein de l'E.H.P.A.D. pour expliquer l'utilisation et la mise en œuvre des différents documents. Les participants doivent signer une feuille de présence que le groupe projet archivera.

3-3. CHOIX DE LA METHODE DE MESURE.

Lors de cette étape le groupe projet doit :

- rédiger la feuille de recueil des données à partir des critères représentatifs de la qualité qu'il s'est fixé. Chaque critère doit être formulé sous la forme d'une question dont la réponse est de type binaire, chaque réponse négative devant être commentée;
- tester la feuille de recueil de données sur une partie de l'établissement et éventuellement la modifier;
- définir les modalités de l'évaluation, c'est-à-dire soit une étude prospective (observation des actes de soins sur une période donnée), soit une étude rétrospective (étude faite à partir de dossier).

De la qualité de cette grille d'évaluation, c'est à dire facilité d'emploi et pertinence des questions, dépendent la qualité du recueil des données et la qualité de l'analyse que l'on pourra en faire.

Le référentiel A.N.A.E.S. nous propose une grille d'évaluation faite en fonction des dix critères retenus (annexe 5). Dans la mesure où de nouveaux critères ont été définis par le groupe projet, une nouvelle grille d'évaluation doit être élaborée. Le médecin coordonnateur, déjà présent dans le choix des critères, participe logiquement à la construction de cette grille (annexe 6).

Dans cette grille d'évaluation, la vérification que les critères 5, 6, 7 et 8 ont été appliqués, ne peut s'effectuer que par observation directe, « au lit de la personne ». L'étude ne peut donc être que prospective.

3-4. RECUEIL DES DONNEES.

Le groupe projet doit avant de démarrer le recueil de données :

- définir les modalités du recueil de données (qui le fait et sur quelle période),
- organiser une réunion d'information en rappelant que l'objectif n'est pas une évaluation individuelle des professionnels mais une évaluation globale de la structure et dans un but d'amélioration de la qualité des soins.

Le médecin coordonnateur qui s'est investi dans la mise en place d'un référentiel doit aussi participer à cette phase, non pas tant pour aller collecter les informations sur le terrain, que pour rassurer les différents professionnels (libéraux et salariés), de leur expliquer et ré-expliquer que le but n'est pas de juger si individuellement ils travaillent bien ou mal, mais de savoir si le système mis en place fonctionne et produit une meilleure qualité de prise en charge des résidents.

3-5. ANALYSE DES RESULTATS.

L'analyse des résultats doit mettre en évidence les écarts entre le référentiel et les pratiques observées. Elle doit permettre d'identifier la nature de ces causes :

- professionnelles (manque de connaissances de l'ensemble du personnel...);
- institutionnelle (manque de matériel, manque de personnel...);
- organisationnelle (matériel présent mais inaccessible...);
- personnel (manque de motivation de l'ensemble du personnel ...).

Dans cette analyse des résultats, il est important que le groupe projet réfléchisse également sur la qualité de son travail :

- a-t-il produit les bons outils ?
- a-t-il suffisamment bien informé les professionnels ?
- les a-t-il suffisamment responsabilisés et donc impliqués dans ce travail ?

3-6. Plan d'actions d'amélioration et reevaluation.

3-61. Plan d'amélioration.

Les résultats doivent être présentés au personnel concerné. C'est la rétro information.

Les écarts observés entre le référentiel et la pratique doivent être détaillés point par point. La ou les causes de ces écarts doivent être discutées et validées par les professionnels eux-mêmes et le groupe projet.

Des actions correctives doivent être élaborées, priorisées et un calendrier prévisionnel doit être établi. (Chaque action peut donner lieu à la rédaction d'une fiche action, avec nomination d'un responsable.)

Le responsable de projet, en collaboration avec le groupe projet, doit rédiger un rapport d'étude relatant l'historique du projet, le déroulement de chaque étape, les résultats obtenus, les difficultés rencontrées, les améliorations à faire.

3-62. Réévaluation.

Pour « consolider l'acquis » et juger de l'efficacité des actions correctives, de nouvelles évaluations doivent être effectuées, soit tous les ans, soit plus rapidement si des actions correctives ont été jugées urgentes.

Ces réévaluations peuvent être effectuées grâce à la grille déjà utilisée ou avec une nouvelle grille si des critères qualités ont été modifiés ou introduits.

Elles donnent lieu au même travail que lors de l'évaluation initial, avec présentation des résultats aux professionnels et détermination d'actions correctives, plan d'action, mise en place, réévaluation... C'est la roue de Deming ou l'amélioration continue de la qualité, c'est aussi une première façon de « faire vivre le référentiel » et de faire qu'en sorte, au fil des ans, celui-ci reste d'actualité et présent à l'esprit de tous.

3-63. Mise en place d'indicateurs

A côté de ce travail d'évaluation des indicateurs doivent être mis en place.

L'AFNOR définit un indicateur comme une (8) « Information choisie, associée à un critère qui permet de mesurer ou de comparer l'évolution d'un niveau d'amélioration des résultats et/ou des processus.»

En règle un indicateur est exprimé en taux, ratio, moyenne ou chiffre absolu.

L'AFNOR précise qu'il existe plusieurs types d'indicateurs :

- Les indicateurs de structure.
- Les indicateurs de processus.
- Les indicateurs de résultats.
- Les indicateurs sentinelle.
- Les indicateurs de satisfaction du client.

Dans notre exemple, plusieurs indicateurs peuvent être mis en place, évaluant différents aspects du référentiel. En particulier un indicateur sentinelle peut être utile : nombre de chutes graves par jour-résident et par an. Une augmentation de ce nombre poserait la question d'une mauvaise application du référentiel ou un effet pervers du référentiel.

4. LE ROLE SPECIFIQUE DU MEDECIN COORDONNATEUR DANS LA MISE EN PLACE D'UN REFERENTIEL EVALUANT LA QUALITE DES SOINS.

Le médecin coordonnateur par ses connaissances médicales peut et doit jouer différents rôles tant dans la démarche qualité que dans l'évaluation de la qualité des soins. Il doit faire partie du comité de pilotage, de la cellule qualité, des groupes projets relatifs aux soins médicaux, mais son statut de médecin lui donne aussi une place particulière.

4-1. ROLE AUPRES DES MEDECINS LIBERAUX

Parce qu'il est médecin, il est le mieux placé pour être l'interface entre l'Etablissement et les médecins libéraux.

Le médecin coordonnateur doit savoir écouter ce que les médecins libéraux ont à dire sur l'Etablissement.

Cette écoute des médecins libéraux doit, en premier lieu, lui faire percevoir l'image qu'ils ont de l'établissement, les dysfonctionnements qu'ils ressentent et donc lui permettre de prioriser son action, de voir si, réellement, le plus urgent est de mettre en place des référentiels évaluant la qualité des soins, et quels référentiels.

Cette écoute, en second lieu, doit lui permettre de sentir ce qui est faisable ou non, les contraintes acceptables pour les médecins libéraux et celles qui ne le sont pas.

Dans le cadre de la mise en place d'un référentiel, il doit savoir faire-part au groupe projet des limites qu'il a ressenti chez eux, pour que celui-ci reste réaliste et fixe des objectifs atteignables. Un référentiel parfait, mais trop contraignant pour les médecins libéraux, ne sert à rien car il ne sera pas appliqué.

Cette écoute doit aussi l'aider à comprendre ce dont les médecins libéraux ont besoin (aussi bien en moyens matériels que structurels et organisationnels), pour appliquer le référentiel. Avec le groupe projet, il doit concevoir des modalités d'application et des outils leur facilitant la tâche pour qu'au total, les inconvénients soient compensés par des avantages. De plus, la mise en place de ces outils, comme on l'a déjà évoqué, lui servira de prétexte pour les rencontrer et leur expliquer le but du référentiel.

Le médecin coordonnateur est sans doute le mieux placé pour faire accepter par les médecins libéraux la mise en place d'un référentiel évaluant la qualité des soins. Il serait politiquement correcte de dire qu'il doit les faire participer au travail d'élaboration du référentiel... Si déjà les médecins libéraux appliquent les recommandations du référentiel, à mon sens, sa tâche sera parfaitement accomplie.

4-2. ROLE AUPRES DES AUTORITES DE TUTELLE.

Si le directeur est le responsable de l'établissement devant les autorités de tutelles, le médecin coordonnateur est plus à même de défendre 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 adopté par l'établissement.

4-3. ROLE AUPRES DES RESIDENTS ET DES FAMILLES.

Là aussi, si dans de nombreux domaines le seul devant rendre compte aux résidents et aux familles est le directeur de l'établissement, pour ce qui est des soins, le médecin coordonnateur est le mieux placé pour le faire. Il devra pouvoir décrire la politique générale des soins, et donc, expliquer dans les grandes lignes pourquoi tels ou tels référentiels ont été mis en place prioritairement.

A côté de ce rôle institutionnel, le médecin coordonnateur a également un rôle sur le terrain. Ainsi dans notre exemple particulier, nous savons tous, par notre expérience professionnelle, que, parfois, la contention d'une personne est demandée par sa famille, et la demande est parfois pressante. Personne n'est mieux placé que lui pour rencontrer cette famille et lui expliquer les risques de la contention, que la contention est une mauvaise réponse au risque de chute et donc de fracture. Il pourra également l'inciter, si cette contention est justifiée, à être plus présent auprès de son parent et la faire participer, en partenariat avec l'équipe soignante, à ces périodes où la contention est levée pour faire marcher la personne, (ce qui, d'ailleurs, entrainera un vécu moins douloureux pour la famille).

4-4. ROLE AUPRES DES DIFFERENTS SERVICES DE L'E.H.P.A.D..

Par sa fonction, le médecin coordonnateur est appelé à travailler avec l'ensemble des services de soins de l'E.H.P.A.D.. Il est, avec l'infirmière référente ou la surveillante générale, le trait d'union entre les services. Lors de la création d'un référentiel évaluant la qualité des soins, le groupe projet doit prévoir la méthodologie de sa mise en place et de son évaluation à interval régulier. Mais au quotidien, le médecin coordonnateur voit comment les soignants s'approprient ce référentiel et comment évolue leur pratique. En règle, après une phase positive, avec acceptation des nouvelles façons de procéder, il existe une phase réfractaire, avec retour aux anciennes pratiques. Le médecin coordonnateur, avec la surveillante générale, doit savoir repérer cette phase pour relancer un processus d'information et de motivation, ciblé sur certains aspects du référentiel et selon les services, le but étant d'obtenir une application homogène du référentiel sur l'ensemble de l'établissement.

Cette approche, pragmatique et adaptée au terrain, est l'autre façon de faire vivre le référentiel, une façon de le faire vivre au quotidien, de rappeler sans cesse son existence, son intérêt, et l'obligation de son application. Sera-

t-il écouté par les équipes soignantes ? Le médecin coordonnateur n'a aucun pouvoir hiérarchique sur elles puisqu'elles dépendent de la surveillante générale et du directeur d'établissement, mais parce qu'il est médecin et qu'il représente celui qui a « le savoir », il a une autorité morale sur les équipes. Cette autorité est fragile car elle ne repose sur rien si ce n'est son statut de médecin et le charisme lié à sa personnalité. Mais, s'il sait se faire reconnaître des équipes et si elles ont confiance en lui, le fait de dire haut et clairement ce qu'il pense, suffira déjà à donner des points de repère aux soignants, à leur indiquer le sens dans lequel on travaille et accélérera la mise en application des référentiels.

4-5. ROLE DE LEADER.

Dans la mise en place de référentiels évaluant la qualité des soins, le médecin coordonnateur doit en être le leader avec la surveillante générale ou l'infirmière référente. Ils doivent avoir une vision globale du projet à réaliser, c'est-à-dire savoir qu'après la mise en place d'un référentiel, il y aura un autre référentiel à mettre en place pour couvrir peu à peu l'ensemble des soins ; avoir une vision globale c'est aussi savoir que, selon le principe de Deming, un référentiel doit toujours évoluer, qu'il faut donc toujours le travailler pour qu'il reste « vivant » et donc appliqué.

L'un et l'autre doivent savoir partager et communiquer ce projet aux équipes, c'est-à-dire donner la bonne information aux bonnes personnes et au bon moment. Ils doivent savoir dire dans quelle perspective s'inscrit le projet sans pour autant décourager le personnel en expliquant, dans le détail, l'ampleur de la tâche.

L'un et l'autre doivent avoir envie de ce projet pour que cette envie contamine les autres, qu'ils aient envie de le réaliser et qu'ainsi ils deviennent, à leur tour, acteur du projet.

Enfin l'un et l'autre doivent avoir le souci de pérenniser cette démarche d'évaluation des soins, puisque l'évaluation des soins n'a de sens que dans la durée. Cette démarche ne doit pas leur appartenir ni être leur seul fait, mais appartenir et être le fait de l'institution. Cela suppose d'une part qu'ils partagent leur travail et s'en laissent déposséder, et d'autre part que l'institution engage suffisamment de moyens pour que tout ne repose pas sur une ou deux personnes. C'est dire, une fois encore, qu'une évaluation de la qualité des soins ne peut se concevoir que dans le cadre d'une démarche qualité structurée pouvant résister au temps.

CONCLUSION

S'il est évident que le médecin coordonnateur doit jouer un rôle important dans l'évaluation de la qualité des soins tel que Lohr la définit, et qu'en aucun cas il ne peut s'y soustraire, il n'en est pourtant pas moins vrai qu'il n'en est seulement qu'un des acteurs.

L'évaluation des soins est une action complexe qui coûte de l'énergie et du temps de travail, qui mobilise l'ensemble des soignants et qui doit se prolonger dans le temps pour aboutir à son objectif : l'amélioration de la qualité des soins. Elle doit donc être supportée et structurée par quelque chose de fort : la démarche qualité.

En fait, tout repose sur la cohérence de cette démarche qualité et sur l'engagement actif (c'est-à-dire par la mise à disposition de moyens) de la direction dans cette démarche.

L'évaluation de la qualité des soins n'en est qu'un des aspects, elle doit entrer dans son cadre et y être soumise.

Avant de se lancer dans un processus d'évaluation de la qualité des soins, le premier travail du médecin coordonnateur est un travail d'écoute et de compréhension. Quelles priorités s'est défini l'établissement, c'est-à-dire quel est son projet de vie et son projet de soins ? A-t-il mis en place une démarche qualité et comment fonctionne-t-elle ? Est-ce que l'évaluation des soins est l'action à entreprendre en priorité pour répondre aux besoins des résidents ? Est-ce que les équipes soignantes ont d'autres difficultés et attendent autre chose de sa part en premier lieu ?

Si l'évaluation de la qualité des soins est jugée opportune, le premier thème choisi devra être pertinent mais simple, répondant à une préoccupation de l'établissement et des professionnels, pouvant rapidement se concrétiser par une action et un résultat objectivable par l'ensemble du personnel. La méthode de choix pour réaliser cette évaluation, est l'audit clinique, tel que le définit le professeur Yves MATILLON.

Mais en permanence, le médecin coordonnateur doit être conscient qu'entreprendre une évaluation de la qualité des soins, c'est remettre en question des façons de travailler acquises au fil des ans et donc déstabilisant pour le personnel. Il doit savoir alors le rassurer, lui rappeler sans arrêt que l'évaluation des soins n'est pas une évaluation des pratiques professionnelles individuelles, mais la mise en place d'un outil permettant à l'ensemble des soignants d'améliorer continuellement la qualité des soins qu'ils produisent.

Il doit être également conscient que c'est une action qui s'inscrit dans le temps car, si certains référentiels peuvent-être rapidement mis en place et produire un résultat, d'autres prendront des années. C'est aussi une action qui s'inscrit dans le temps, car, comme la démarche qualité, par définition, l'objectif de l'évaluation de la qualité des soins est leur amélioration continue et donc un même référentiel doit toujours évoluer pour rester « vivant » et être appliqué..

L'évaluation de la qualité des soins est un projet vaste qui, pour aboutir, doit s'inscrire dans une démarche qualité structurée et pérenne. Cette démarche nécessite de la compétence, de l'énergie, du temps de travail : elle a un coût. Est-ce que tous les établissements accueillant des personnes âgées pourront supporter ce coût ? Quelles ressources ont les petites structures isolées pour passer ce cap qu'est la signature de la convention qui les engage dans cette démarche qualité?

ANNEXE 1 ..

FICHE DE RECUEIL SPÉCIFIQUE A CHAQUE ÉPISODE DE CONTENTION

Données générales

1 : Service de soins :

2 : Nom du patient :

3 : Prénom :

(Mettre les trois premières lettres ou rendre anonyme)

4 : Âge :

5 : Sexe : M : F :

6 : Date d'entrée dans l'unité :

7 : Date de début de l'épisode de contention :

8 : Date de jour de l'observation :

Critère 1 -Prescription médicale de la contention

1 : Contention programmée prescrite par le médecin

oui " non "

ou

2 : Contention prescrite en urgence par le médecin

oui " non "

ou

3 : Contention appliquée par l'équipe de soins et secondairement confirmée par un médecin oui " non "

ou

4 : Contention appliquée par l'équipe de soins et secondairement invalidée par un médecin oui " non "

5 : Préciser pour 3 et 4 si le délai entre la mise en œuvre de la contention et la confirmation ou l'invalidation de l'indication par un médecin est supérieur ou égal à 3 heures oui " non "

Si une réponse positive est apportée à la question 4, passer directement au critère 2.

6 : Si la contention a été initiée ou confirmée par un médecin au moins dans les 3 heures, il existe une trace écrite de la prescription médicale dans le dossier du patient qui détaille les raisons de la contention oui " non "

Si oui, quelles sont ces raisons :

-Risque de chute oui " non "

-Agitation oui " non "

-Déambulation excessive oui " non "

Autre préciser :

-La durée oui " non "

-Le matériel de contention à utiliser oui " non "

-Le nom et la signature du prescripteur oui " non "

Le critère 1 est rempli si une réponse positive est apportée à toutes les questions suivantes : (1 ou 2 ou 3) et 6 et 7 et 8 et 9

Critère 2 - Appréciation du rapport bénéfice/risque pour le sujet âgé par l'équipe pluridisciplinaire

1 : Les causes possibles du comportement ou de la situation à l'origine de la contention sont identifiées ou au moins recherchées oui " non "

2 : Les risques éventuels d'une contention pour le sujet âgé sont évalués oui " non "

3 : Le rapport bénéfice/risque est évalué par l'équipe pluridisciplinaire oui " non "

Le critère 2 est rempli si une réponse positive est apportée à toutes les questions suivantes

1, 2, 3.

Critère 3 - La surveillance

1 : La surveillance est programmée et retranscrite dans le dossier du patient oui " non "

2 : Les risques liés à l'immobilisation sont prévenus oui " non "

3 : Les soins liés à l'hygiène, la nutrition, l'hydratation sont assurés oui " non "

4 : Un accompagnement psychologique est réalisé oui " non "

Le critère 3 est rempli si une réponse positive est apportée à toutes les questions suivantes : 1, 2, 3, 4 .

Critère 4 - Informations délivrées

1 : Informations données à la personne âgée sur les raisons, les buts et

les modalités de mise en œuvre de la contention oui " non "

2 : Informations données à la famille oui " non "

Le critère 4 est rempli si une réponse positive est apportée aux questions 1 et 2 ou si une

réponse oui est apportée à 1 et non applicable à 2.

Critère 5 - Matériel de contention

1 : Contention au lit oui " non "

2 : Contention au fauteuil oui " non "

3 : Nature du matériel utilisé

3-1 : Matériel spécifique oui " non "

3-2 : Matériel non spécifique oui " non "

4 : Matériel adapté à la taille de la personne oui " non "

5 : Dans le cas d'un lit standard

5-1 : Le matériel de contention est fixé au sommier

ou au cadre de lit oui " non "

5-2: Le matériel de contention est fixé au matelas

ou aux barrières oui " non "

6 : Dans le cas d'un lit réglable ou médicalisé :

-Le matériel de contention est fixé aux parties qui bougent avec le malade oui " non "

7 : Matériel adéquat en termes de sécurité pour cette personne oui " non "

8 : Matériel adéquat en termes de confort pour cette personne oui " non "

9 : La tête de lit est surélevée oui " non "

10 : Des actions de prévention d'escarres sont réalisées oui " non "

Le critère 5 est rempli si une réponse positive est apportée aux questions 3-1, 4, 5-1, 6, 7, 8, 9, 10.

Critère 6 - Installation de la personne

1 : La tenue vestimentaire est adaptée et préserve la pudeur oui " non "

2 : L'installation physique de la personne est appropriée à ses besoins oui " non "

3 : Le lieu où est installée la personne âgée est approprié oui " non "

4 : Le matériel de contention est discret et permet une certaine
liberté de mouvement oui " non "

Le critère 6 est rempli si une réponse positive est apportée aux questions 1, 2, 3, 4.

Critère 7 - La contention est levée aussi souvent que possible

Des mobilisations sont prévues et assurées oui " non "

Le critère 7 est rempli si une réponse positive est apportée à cette question.

Critère 8 - Activités pour le confort psychologique

Des activités sont proposées à la personne durant la journée oui " non "

Si oui, lesquelles ? préciser nature et fréquence :

Le critère 8 est rempli si une réponse positive est apportée à cette question.

Critère 9 - Évaluation

Depuis le début de la contention :

1 : L'état de santé du sujet âgé a été évalué quotidiennement oui " non "

2 : Les conséquences de la contention sur l'état de santé physique et
psychologique ont été évaluées quotidiennement oui " non "

3 : Les conséquences de la contention sur l'état de santé physique et
psychologique sont notées dans le dossier du patient oui " non "

Le critère 9 est rempli si une réponse positive est apportée aux questions 1, 2, 3.

Critère 10 - Le prolongement de la contention

L'arrêt, ou le prolongement, de la contention a été validé par

une prescription médicale motivée, toutes les 24 heures

oui " non "

Le critère 10 est rempli si une réponse positive est apportée à cette question.

ANAES / Service évaluation en établissements de santé / octobre 2000

ANNEXE 2.

RÉFÉRENTIEL DE PRATIQUE POUR LA CONTENTION

Critère 1 : La contention est réalisée sur prescription médicale. Elle est motivée dans le dossier du patient.

Critère 2 : La prescription est faite après l'appréciation du rapport bénéfice/risque pour le sujet âgé par l'équipe pluridisciplinaire.

Critère 3 : Une surveillance est programmée et retranscrite dans le dossier du patient. Elle prévient les risques liés à l'immobilisation et prévoit notamment les soins d'hygiène, la nutrition, l'hydratation et l'accompagnement psychologique.

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 le 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.

Critère 7 : Selon son état de santé, la personne âgée est sollicitée pour effectuer des activités de la vie quotidienne et maintenir son état fonctionnel. La contention est levée aussi souvent que possible.

Critère 8 : Des activités, selon son état, lui sont proposées pour assurer son confort psychologique.

Critère 9 : Une évaluation de l'état de santé du sujet âgé et des conséquences de la contention est réalisée au moins toutes les 24 heures et retranscrite dans le dossier du patient.

Critère 10 : La contention est reconduite, si nécessaire et après réévaluation, par une prescription médicale motivée toutes les 24 heures.

ANAES I Service évaluation en établissements de santé I octobre 2000

ANNEXE 3.

RÉFÉRENTIEL DE PRATIQUE POUR LA CONTENTION

Critère 1 : La contention est réalisée sur prescription médicale. Elle est motivée dans le dossier du patient.

Critère 2 : La prescription est faite après l'appréciation du rapport bénéfice/risque pour le sujet âgé par l'équipe pluridisciplinaire.

Critère 3 : Une surveillance est programmée et retranscrite dans le dossier du patient. Elle prévient les risques liés à l'immobilisation et prévoit notamment les soins d'hygiène, la nutrition, l'hydratation et l'accompagnement psychologique.

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 le 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.

Critère 7 : Selon son état de santé, la personne âgée est sollicitée pour effectuer des activités de la vie quotidienne et maintenir son état fonctionnel. La contention est levée aussi souvent que possible.

Critère 8 : Des activités, selon son état, lui sont proposées pour assurer son confort psychologique.

Critère 9 : Une évaluation de l'état de santé du sujet âgé et des conséquences de la contention est réalisée au moins toutes les 24 heures par l'infirmière et est retranscrite sur la feuille de « surveillance de contention » inclus dans le dossier du patient.

Une évaluation médicale de l'état de santé du sujet âgé et des conséquences de la contention est réalisée au moins toutes les 72 heures et retranscrite dans le dossier du patient.

Critère 10 : La contention est reconduite, si nécessaire et après réévaluation, par l'infirmière toutes les 24 heures, confirmée par une prescription médicale motivée toutes les 72 heures.

ANNEXE 4.

LIVRET DE CONTENTION

LA CONTENTION EST UN ACTE MEDICAL GRAVE QUI DOIT ETRE REALISE :

Ø SUR PRESCRIPTION MEDICALE MOTIVEE, APRES AVIS DE L'EQUIPE MULTIPROFESSIONNELLE,

Ø APRES LE CONSENTEMENT DE LA PERSONNE OU DE SON REPRESENTANT LEGAL,

Ø AVEC DU MATERIEL ADAPTE,

Ø NECESSITANT UNE SURVEILLANCE ECRITE ET PROGRAMMEE,

Ø DEVANT ETRE REEVALUEE TOUTES LES 24 HEURES.

Ce livret contient :

- L'algorithme décisionnel,
- Tableaux des causes à rechercher avant une contention,
- La prescription médicale,
- Le consentement écrit de la personne ou de son représentant légal,
- La feuille de surveillance,

Ces documents ont été élaborés à partir des recommandations de l'A.N.A.E.S. publiés en octobre 2000 : « Limiter les risques de la contention physique chez la personne âgée ».

ALGORYTHME DECISIONNEL

Raison motivant la contention
Risque de chute

Agitation, troubles du comportement,

Déambulation excessive

Risque de chute : voir tableau 1

Agitation, trouble du comportement : tableau 2

Déambulation excessive : voir tableau 3

RECHERCHE D'UNE CAUSE A CE TROUBLE

TRAITER LA CAUSE

PAS D'AMELIORATION

CE TROUBLE EST-IL DANGEREUX POUR LA PERSONNE OU LES AUTRES

OUI

TENTER DES ALTERNATIVES A LA CONTENTION

Physiques, physiologiques, psychologiques, occupationnelles, environnementales,

PAS D'AMELIORATION

CONTENTION

AMELIORATION

NON

AMELIORATION

PAS DE CONTENTION

Tableau 1. Le risque de chute et les propositions d'alternatives à la contention physique

Raisons médicales : Ne pas négliger les raisons médicales qui nécessiteraient un traitement rapide :

- Hypotension orthostatique
- Trouble de la glycémie,
- Trouble du sommeil,
- Dépression,
- Déshydratation,
- Pathologie cardiovasculaire,
- Revoir les différentes associations médicamenteuses.

Ne pas négliger les raisons médicales d'une agitation ou d'une confusion qui nécessiteraient un traitement rapide :

- Vérifier l'adaptation du traitement médicamenteux (médications multiples, interactions médicamenteuses) ;
- Rechercher des signes de douleur, de trouble du sommeil, de dépression, d'hyperthermie.
- Corriger les éventuels déficits sensoriels.

Diminuer les stimuli auditifs ;

Eviter la présence de personnes au comportement perturbateur.

Organiser des temps de présence des soignants auprès du patient :

- solliciter si possible la présence des proches.

Repérer les habitudes du patient et respecter son rythme de vie :

- respecter les phases de sommeil, habitudes alimentaires, zone d'intérêt.

Favoriser le contact relationnel.

Faire en sorte que le patient connaisse les soignants :

- rappeler son nom et sa fonction autant que de besoin ;
- l'informer de la présence continue de l'équipe soignante.

Adopter une attitude calme et rassurante.

Tableau 2. Les risques liés à l'agitation, la confusion et les propositions d'alternatives à la contention physique

Raisons médicales

Adaptation de l'environnement

Accompagnement de la personne

Tableau 3. Les risques liés à la déambulation excessive et les propositions d'alternatives à la contention physique

Raisons médicales

Ne pas négliger les raisons médicales d'une déambulation qui nécessiteraient un traitement rapide :

- nouveau traitement médicamenteux,
- absorption de certains médicaments,
- anxiété,
- douleur.

Adaptation de l'environnement

Améliorer la sécurité des lieux.

Aménager des espaces de déambulation sécurisés.

Accompagnement de la personne

Améliorer et faciliter l'orientation de la personne :

- lui présenter le service et l'agencement des locaux (salle à manger, couloirs, toilettes, salle de soins, bureau infirmier...);
- lui indiquer où sont les interrupteurs et leur fonctionnement;
- expliquer le déroulement d'une journée (horaire des repas, des soins, du personnel...);

- réitérer les rappels ;
- réorienter le patient calmement.

Capter l'attention du patient par des barrières visuelles :

- mettre des photos, posters, télévision, sur les issues ;
- l'installer près d'une fenêtre ou dans un lieu où son attention peut être captée.

PRESCRIPTION MEDICALE DE CONTENTION

Je, soussigné(e) Docteur.....,

prescrit une contention à,

pour la ou les raisons suivantes et après avoir recherché des solutions alternatives à la contention selon l'arbre décisionnel page 2 ,.....,

.....

.....

La durée prévue de la contention est de :..... (maximum 72 heures).

Parce que ce patient :

Ø a plus de 75 ans oui " non "

Ø a des antécédents de chute oui " non "

Ø est incontinent oui " non "

Ø a une autonomie réduite oui " non "

Ø a une faiblesse musculaire oui " non "

Ø a des troubles cognitifs oui " non "

Ø est dénutri oui " non "

en plus de la surveillance systématique de tout patient contenu, il faudra particulièrement

surveiller chez lui :

.....
.....
.....
.....

Fait le : à heure

Signature :

Cachet :

FICHE DE SURVEILLANCE D'UN PATIENT CONTENU

NOM :

PRENOM :

Date et heure de début de contention :

Motif de la contention :

Moyens de contention utilisés :

Surveillance réalisée par :

.....

.....

La contention est un acte dangereux qui doit être réalisé sur prescription médicale ; certaines mesures doivent en prévenir les risques :

Ø Le matériel de contention doit être adapté à la personne ; ne pas utiliser de draps, d'alaises ou de vêtements, veiller à ce que la contention laisse un minimum de mouvement à la personne.

Ø Veiller au confort de la personne ; lui mettre des vêtements amples et confortables.

Ø Veiller au respect de la personne et à son intimité ; l'installer dans un endroit calme mais non isolé, veiller à faire ses soins en respectant son intimité, mettre ses objets familiers à proximité.

Ø Surveiller la personne ; selon le tableau de surveillance préétabli et en indiquant les heures de passage.

Ø Ne pas délaissier la personne ; lui proposer des activités, la faire marcher à interval régulier et le noter sur la feuille de surveillance.

Ø Réévaluer la nécessité de la contention toutes les 24 heures ; et le noter sur la feuille de surveillance.

Heure

Fonction respiratoire

(fréquence; coloration)

Etat cutané au niveau des points

d'attaches et d'appui

Hydratation

(apports)

Continence

AUTORISATION DE CONTENTION

Je, soussigné(e) ,.....

(Nom et prénom)

étant le.....de.....

(lien de parenté, tutrice ou tuteur)

(Nom et prénom)

autorise sa contention pour une durée de.....(maximum 72 heures).

J'ai été informé(e) des raisons motivant cette contention qui sont :

.....
.....
.....
.....

La contetion est un acte réalisée sur prescription médicale, il comporte des risques, je reconnais avoir été informé(e) de ces risques.

Fait le :..... à..... heure

Signature :

ANNEXE 5.
GRILLE D’EVALUATION DE LA PRATIQUE DE LA CONTENTION

Date du recueil :
N° Sources Critères Oui
Non
NA
Commentaires

1
DP
La contention est réalisée sur prescription

médicale. Elle est motivée dans le dossier

Patient.

2
QS

DP

La prescription est faite après l'appréciation du rapport bénéfice/risque pour le sujet âgé par l'équipe pluridisciplinaire .

3
DP

Une surveillance est programmée et transcrite dans le dossier du patient. Elle prévient les risques liés à l'immobilisation et prévoit notamment les soins d'hygiène, l'hydratation, la nutrition ,l'accompagnement psychologique

4
QS

DP

La personne âgée et ses proches sont informés des raisons et buts de la contention. Leur consentement et leur participation sont recherchés.

5
O

QS

Dans le cas d'une contention au lit, le matériel est fixé sur les parties fixes, sommier ou cadre de lit, jamais au matelas ni aux barrières. Dans le cas d'un lit à hauteur variable, les contentions sont fixées aux parties du lit qui bougent avec le patient. En cas de contention en position allongée, les risques d'escarre et de régurgitations font l'objet d'une prévention

6
O

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

7

O

La personne âgée est sollicitée pour effectuer des activités de la vie quotidienne et maintenir son état fonctionnel. La contention est levée aussi souvent que possible durant l'épisode de contention.

8

O

QS

Des activités, selon l'état de santé, lui sont proposées pour assurer son confort psychologique.

9

DP

Une évaluation de l'état de santé du sujet âgé et des conséquences de la contention a été réalisée au moins toutes les 24 heures.

10

DP

La contention a été reconduite si nécessaire, par une prescription médicale motivée toutes les 24 heures.

Abréviations utilisées DP : Dossier Patient

QS : Questions aux Soignants

O : Observation

NA : Non Applicable

ANNEXE 6.

GRILLE D'EVALUATION DE LA PRATIQUE DE LA CONTENTION

Date du recueil :

N° Sources Critères Oui

Non

NA

Commentaires

1

DP

La contention est réalisée sur prescription

médicale. Elle est motivée dans le dossier

Patient.

2

QS

DP

La prescription est faite après l'appréciation du rapport bénéfice/risque pour le sujet âgé par l'équipe pluridisciplinaire

3

DP

Une surveillance est programmée et transcrite dans le dossier du patient. Elle prévient les risques liés à l'immobilisation et prévoit notamment les soins d'hygiène, l'hydratation, la nutrition, l'accompagnement psychologique

4

QS

DP

La personne âgée et ses proches sont informés des raisons et buts de la contention. Leur consentement et leur participation sont recherchés.

5

O

QS

Dans le cas d'une contention au lit, le matériel est fixé sur les parties fixes, sommier ou cadre de lit, jamais au matelas ni aux barrières. Dans le cas d'un lit à hauteur variable, les contentions sont fixées aux parties du lit qui bougent avec le patient. En cas de contention en position allongée, les risques d'escarre et de régurgitations font l'objet d'une prévention

6

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

7
O
La personne âgée est sollicitée pour effectuer des activités de la vie quotidienne et maintenir son état fonctionnel. La contention est levée aussi souvent que possible durant l'épisode de contention.

8
O
QS
Des activités, selon l'état de santé, lui sont proposées pour assurer son confort psychologique.

9
DP
Une évaluation de l'état de santé du sujet âgé et des conséquences de la contention a été réalisée, par un médecin ou une infirmière, au moins toutes les 24 heures.

10
DP
La contention a été reconduite si nécessaire, par une prescription médicale motivée toutes les 72 heures.

Abréviations utilisées DP : Dossier Patient
QS : Questions aux Soignants
O : Observation
NA : Non Applicable

BIBLIOGRAPHIE

(1) Lorh KN. Medicare : a stratégie for Quality Assurance. Vol. 1 Washington DC : National académy Press, 1990.

(2) Leclat H. Vilcot C. : Qualité en santé (p. 204) Paris : AFNOR, 2000.

- (3) Lecllet H. Vilcot C. : Les indicateurs qualités en santé (p. 22) Paris AFNOR, 2001.
- (4) Lecllet H. Vilcot C. : Qualité en santé (p. 466) Paris : AFNOR, 2000.
- (5) Lecllet H. Vilcot C. : Qualité en santé (p. 445) Paris : AFNOR, 2000.
- (6) ANDEM. L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. L'audit clinique. Paris : ANDEM, 1994.
- (7) ANAES : L'audit clinique, base méthodologique de l'évaluation des pratiques professionnelles (p. 5) Paris : ANAES,1999.
- (8) AFNOR : Management de la qualité en santé (p.296) Paris AFNOR, 2000.

Résumé :

L'évaluation de la qualité des soins n'est pas un jugement, à un temps donné, de la qualité des soins fournis, mais la mise en place d'une dynamique permettant d'améliorer continuellement leur qualité. Cette évaluation doit être faite à partir d'un référentiel établi à l'aide de documents produits par les instances faisant autorité (ANAES ...), et réalisée selon la méthodologie de l'audit clinique.

L'évaluation de la qualité des soins ne peut être le seul fait du médecin coordonnateur, elle doit se concevoir dans le cadre d'une démarche qualité, démarche qui demande des moyens en temps et en personnel, et doit donc être voulue et initiée par la direction de l'E.H.P.A.D. La signature de la convention tripartite repose sur la mise en place de cette démarche qualité.

Si le médecin ne peut à lui seul entreprendre une évaluation de la qualité des soins, celle-ci ne peut être entreprise sans sa participation. Avec la surveillante générale ou l'infirmière référente, ils en seront les décideurs et les réalisateurs. Ce sont eux qui choisiront les référentiels à mettre prioritairement en place, ce sont également eux qui devront savoir « manager » les différents soignants, libéraux ou salariés, pour les faire participer activement à cette évaluation.

Mots clés :

Médecin coordonnateur,

Référentiel,

Evaluation des soins,

Démarche qualité,

Audit clinique.