



Fréquence des mesures de contention : lien avec le skill mix du personnel soignant

65

Staggs VS, Olds DM, Cramer E et al.: Nursing Skill Mix, Nurse Staffing Level, and Physical Restraint Use in US Hospitals: a Longitudinal Study

Journal of General Internal Medicine 2017; 32(1): 35-41. doi: 10.1007/s11606-016-3830-z

Le recours à des mesures de contention à l'hôpital représente une restriction sévère de la liberté personnelle du patient et doit à juste titre répondre à des conditions strictes. Cette problématique pose des questions touchant aux aspects éthiques et juridiques, mais aussi à la sécurité des patients. Celle-ci est en effet invoquée pour justifier le recours à de telles mesures : il s'agit par exemple d'éviter des chutes ou de réduire le danger qu'un patient peut présenter pour lui-même ou pour des tiers en raison d'un comportement agressif. Par ailleurs, la contention en tant que telle engendre des risques importants pour le patient (p. ex. strangulation, escarres ou déstabilisation psychique). Le choix de renoncer à des mesures de contention peut nécessiter une présence accrue de personnel pour la prise en charge du patient. Cela étant, Staggs et al. ont émis l'hypothèse d'un lien entre la fréquence des mesures de contention et la disponibilité de personnel soignant qualifié. Leur étude se fonde sur les données 2006-2010 de 3101 services dans 869 hôpitaux aux Etats-Unis (923 556 patients). Pour chaque trimestre, ils ont examiné la dotation en personnel soignant aux plans quantitatif (heures de soins par journée d'hospitalisation) et qualitatif (skill mix : proportion relative d'heures effectuées par du personnel soignant diplômé). Ces deux facteurs ont été classés dans l'une des catégories suivantes : « très faible », « faible », « moyen », « élevé », « très élevé ». La prévalence instantanée de la contention en général et de la contention motivée par la prévention des chutes a été relevée pour chaque trimestre le jour de référence défini. Dans le cadre d'une vaste analyse longitudinale, les auteurs ont cherché à savoir si le risque de recourir à des mesures de contention pouvait s'expliquer par des variations dans la dotation en personnel d'un service. Après ajustement de plusieurs autres facteurs relatifs à l'hôpital et au collectif de patients, la prévalence des mesures de contention s'élevait dans l'ensemble à 1,8 %, dont 0,9 % pour celles liées à la prévention des chutes. Le taux de contention était particulièrement haut lorsque, durant le trimestre, l'effectif ou le degré de qualification du personnel était inférieur à la moyenne enregistrée pour le service. Ce taux augmentait aussi systématiquement en début d'année. Une dotation en personnel supérieure à la moyenne du service n'avait pas pour effet de diminuer le recours à la contention. Dans l'ensemble, l'utilisation de mesures de contention a reculé d'environ 50 % entre 2006 et 2010. On relève une corrélation nette et significative entre le recours à la contention et le skill mix. Par rapport aux trimestres avec un skill mix moyen, le risque de

contention augmentait de 11 % lorsque le skill mix était faible et même de 18 % lorsqu'il était très faible. Quoique moins marqué, cet effet a aussi été observé pour la contention liée à la prévention des chutes. Tous trimestres confondus, le risque de mesures de contention était nettement moins important dans les services enregistrant un skill mix moyen plus élevé (moyenne longitudinale spécifique au service). Par contre, même après ajustement d'autres facteurs, les variations de l'effectif de personnel par rapport à la moyenne du service n'avaient pas d'effet significatif sur l'utilisation de mesures de contention et ne constituaient pas un facteur d'influence indépendant. L'étude révèle une corrélation négative entre la prise de mesures de contention et la qualification du personnel soignant. Une simple augmentation du nombre d'heures de soins par du personnel moins qualifié ne permettrait donc pas de prévenir un recours accru à la contention. Au plan méthodologique, cette étude présente un avantage indéniable puisqu'il s'agit d'une véritable analyse longitudinale. Dans les enquêtes transversales, la dotation en personnel et l'utilisation de mesures de contention sont comparées entre services ou hôpitaux, ce qui peut induire des biais systématiques (p. ex. en raison de différences dans les collectifs de patients pris en charge). L'analyse longitudinale, en revanche, montre l'évolution au sein d'un même service, qui fait office de valeur de comparaison. Certes, les résultats de l'étude ne sont pas forcément transposables à l'Europe ; en Suisse par exemple, les mesures de contention sont strictement encadrées par la loi et ne peuvent pas être prises sur simple prescription médicale. Néanmoins, le lien observé entre la présence de personnel soignant qualifié et la pratique clinique en matière de sécurité existe certainement aussi dans les pays européens. Staggs et al. montrent que des pratiques discutables et potentiellement dangereuses peuvent voir le jour lorsque les hôpitaux n'ont pas la possibilité de compenser immédiatement une diminution du personnel qualifié disponible.

Prof. David Schwappach, MPH

Directeur recherche et développement de Sécurité des patients Suisse – Professeur à l'Institut de médecine sociale et préventive (ISPM) de l'Université de Berne

Lien vers le résumé :

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27553206>

Pour des raisons de droits d'auteur, nous ne pouvons malheureusement pas reproduire le texte dans son intégralité.