



Agence **N**ationale
d'**A**ccréditation et
d'**É**valuation en **S**anté

**ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES
DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ**

**L'AUDIT CLINIQUE APPLIQUÉ
À L'UTILISATION DES CHAMBRES D'ISOLEMENT
EN PSYCHIATRIE**

JUIN 1998

Service Évaluation en Établissements de Santé

Dans la collection Évaluation en Établissements de Santé :

Évaluation de la tenue du dossier du malade - juin 1994

Références médicales applicables à l'hôpital - avril 1995

La satisfaction des patients lors de leur prise en charge dans les établissements de santé - revue de la littérature - septembre 1996

L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé - Évaluation de la qualité de la pose et de la surveillance des cathéters veineux courts - juin 1998

L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé - Évaluation de la prévention des escarres - juin 1998

Dans la collection Guides méthodologiques :

L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé - L'audit clinique - juin 1994

Mise en place d'un programme d'amélioration de la qualité dans un établissement de santé : principes méthodologiques - octobre 1996

Pour recevoir la liste des publications de l'ANAES, il vous suffit d'envoyer vos coordonnées à l'adresse ci-dessous

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés, réservés pour tous pays.

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit du présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'ANAES est illicite et constitue une contrefaçon. Conformément aux dispositions du Code de la propriété intellectuelle, seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées.

Ce document a été réalisé en juin 1998. Il peut être commandé (frais de port compris) auprès de :

Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES)

Service Communication et Diffusion - 159, rue Nationale. 75640 Paris Cedex 13 -

Tél. : 01 42 16 72 72 - Fax : 01 42 16 73 73

© 1998. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES)

I.S.B.N. : 2-910653-38-2

Prix net : 100 F

SOMMAIRE

	AVANT-PROPOS	6
	INTRODUCTION	7
Chapitre 1	DÉFINITIONS	8
	1. Définition de l'isolement	
	2. Caractéristiques de la qualité de l'isolement	
Chapitre 2	LA MÉTHODE D'ÉVALUATION : L'AUDIT CLINIQUE	10
Chapitre 3	LE DÉVELOPPEMENT DE L'AUDIT CLINIQUE ET SA MISE EN ŒUVRE	12
	A. LA PHASE PRÉPARATOIRE	12
	1. Choix du thème	
	2. Choix des critères	
	3. Choix du type d'étude et de la méthode de mesure	
	4. Recueil des données	
	5. Analyse des résultats	
	6. Réévaluation et suivi	
	B. LA MISE EN ŒUVRE DANS UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ	33
	1. Choix du thème et initialisation de l'étude	
	2. Choix des critères	
	3. Choix du type d'étude et de la méthode de mesure	
	4. Recueil des données et mesure	
	5. Analyse des résultats	
	6. Élaboration des recommandations et suivi	
Chapitre 4	LE RÉFÉRENTIEL	42
	PRÉSENTATION DÉTAILLÉE DU RÉFÉRENTIEL	44
	GLOSSAIRE	69
	RÉFÉRENCES	72
	ANNEXES	76

Ce document a été réalisé par le Professeur Jean-Louis TERRA, Responsable du Service Évaluation en Établissements de Santé de l'Agence, avec le concours de Christine COZON, Cadre Infirmier, et du Docteur Pascal FAVRÉ.

Les experts suivants ont réalisé la revue de la littérature et apporté leur concours à la détermination des critères de qualité :

- *Monsieur Jean-Yves AUDIGOU, Cadre Infirmier, Centre Hospitalier Spécialisé des Murets, La Queue-en-Brie*
- *Monsieur Claude CLEMENT, Cadre Infirmier, Hôpital Sainte-Anne, Paris*
- *Monsieur Noël MARTINEZ, Directeur, Hôpital Esquirol, Saint-Maurice*
- *Professeur Michel MARIE-CARDINE, Psychiatre, Centre Hospitalier Le Vinatier, Bron*
- *Monsieur Jean-Yves MASQUELIER, Cadre Infirmier, Hôpital Sainte-Anne, Paris*
- *Docteur Claudine PARAYRE, Psychiatre, Direction Générale de la Santé, Paris*
- *Docteur Jean-Claude PENOCHET, Psychiatre, Centre Hospitalier la Colombière, Montpellier*
- *Docteur Jean-Pierre VIGNAT, Psychiatre, Centre Hospitalier Saint-Jean-de-Dieu, Lyon*

Ce guide a bénéficié des contributions apportées par les professionnels de santé qui ont mis en œuvre cet audit dans leur établissement, et à ce titre

nous remercions,

les responsables et les équipes des établissements suivants qui ont travaillé avec le Service Évaluation en Établissements de Santé de l'Agence et qui ont apporté une contribution déterminante dans les phases d'expérimentation et de validation pratique du référentiel, conduites jusqu'en 1997 :

- *Centre Hospitalier de Bassens, Chambéry*
- *Centre Hospitalier le Vinatier, Bron*
- *Centre Hospitalier de Chezal-Benoit*
- *Centre Hospitalier les Murets, La Queue-en-Brie*
- *Centre Hospitalier Saint-Jean-de-Dieu, Lyon*
- *Centre Hospitalier Esquirol, Saint-Maurice*
- *Centre Hospitalier Universitaire Pasteur, Nice*
- *Centre Hospitalier, Rennes*
- *Centre Hospitalier, Rouffach*
- *Centre Hospitalier, La Rochelle*
- *Institut Marcel-Rivière, La Verrière*
- *Centre Hospitalier, Le Havre*
- *Centre Hospitalier, Jury-les-Metz*
- *Centre Hospitalier, Saint-Gemmes-sur-Loire*

- *Centre Hospitalier, Saint-Égrève*
- *Centre Hospitalier, Cadillac-sur-Garonne*
- *Centre Hospitalier Charcot, Caudan*
- *Centre Hospitalier Perray-Vaucluse, Épinay-sur-Orge*
- *Centre Hospitalier Edouard-Toulouse, Marseille*
- *Centre Hospitalier, Montfavet*
- *Centre Hospitalier Sainte-Anne, Paris*
- *Centre Hospitalier Sainte-Marie, Privas*
- *Centre Hospitalier, Quimperlé*
- *Centre de Soins Ulysse-Trélat, Saint-André*
- *Fondation Bon-Sauveur, Saint-Lo*
- *Centre Hospitalier, Saint-Malo*

le Président et les membres du Conseil Scientifique de l'Agence

- *Professeur René MORNEX, Président*
- *Monsieur Dominique CATHIGNOL*
- *Professeur Philippe EVEN*
- *Professeur Jean FAIVRE*
- *Professeur Michèle FARDEAU*
- *Professeur Jacques FERMANIAN*
- *Docteur Pierre GALLOIS*
- *Docteur Niek KLAZINGA*
- *Professeur Daniel LAURENT*
- *Docteur Philippe LOIRAT*
- *Docteur Alessandro LIBERATI*
- *Professeur Jacques MARESCAUX*
- *Monsieur Louis OMNES*
- *Monsieur Pierre PERONNEAU*
- *Monsieur Gérard de POUVOURVILLE*
- *Docteur Gilbert SOUWEINE*
- *Professeur François STEUDLER*
- *Professeur Bruno VARET*

les relecteurs

- *Docteur Jacques GLIKMAN*
- *Madame Monique DUPUY*

AVANT-PROPOS

Favoriser le développement de l'évaluation des pratiques professionnelles, mission confiée à l'Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale (ANDEM) par la loi portant réforme hospitalière du 31 juillet 1991, est aussi l'une des priorités de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES), créée par les ordonnances du 24 avril 1996 et le décret n° 97-311 du 7 avril 1997.

L'audit clinique, méthode d'évaluation des pratiques professionnelles, a déjà été appliqué par l'Agence à plusieurs thèmes médicaux et paramédicaux. L'originalité de ce guide est d'être consacré à un acte de soin multiprofessionnel, spécifique à la prise en charge de la pathologie mentale.

Au travers de l'analyse bibliographique et de l'étude des pratiques, il est apparu que le recours à l'isolement pour un patient est un acte fréquent, comportant de nombreux risques à gérer et/ou à prévenir. À la demande, et avec le concours de nombreux professionnels de psychiatrie, le Service Évaluation en Établissements de Santé de l'Agence a construit et expérimenté un référentiel de pratique qui reflète un niveau élevé d'exigence professionnelle, permettant ainsi l'évaluation de cette pratique professionnelle.

Je tiens à remercier personnellement les professionnels de santé qui se sont engagés dans l'évaluation de leurs pratiques sur un thème aussi important, mais souvent méconnu en dehors de la discipline.

Les auteurs du guide montrent l'articulation qui peut être faite entre l'audit clinique et l'assurance de la qualité, en décrivant l'isolement comme un processus dont chaque étape a ses exigences et ses risques. Ils ont aussi détaillé les étapes de la mise en place et de la conduite de l'audit au sein d'un établissement, ce qui devrait faciliter l'application de ce référentiel de pratique à l'ensemble des hôpitaux utilisant l'isolement à but thérapeutique.

Je formule le vœu que ce travail permette aux professionnels de psychiatrie d'améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients, dans le respect du souhait de chacun d'entre eux, et conformément aux attentes de la société, en pratiquant l'isolement thérapeutique le moins souvent possible mais de la manière la plus appropriée possible.

Professeur Yves MATILLON
Directeur général

INTRODUCTION

L'isolement thérapeutique en psychiatrie décrit il y a deux siècles a été considéré à l'époque comme un progrès majeur puisqu'il venait se substituer à la contention physique des malades par des entraves. Actuellement, malgré les progrès des soins en psychiatrie, l'isolement à but thérapeutique est à la fois une pratique fréquente et l'objet d'incertitudes persistantes sur la pertinence et l'adéquation des conduites à tenir dans ce domaine.

Ayant considéré que l'isolement restait encore une nécessité thérapeutique, les professionnels de nombreux établissements ont manifesté la volonté d'améliorer leurs pratiques afin de mieux assurer la sécurité des patients. En effet, plus que le principe même d'une action thérapeutique par l'isolement, ce sont les risques de nature diverse qui ont conduit à cette démarche. Au premier plan figurent le risque d'atteinte aux libertés individuelles, le risque d'incendie, ainsi que les risques liés à l'auto et l'hétéroagressivité.

En raison, d'une part, de la fréquence de ce soin et de ses risques, et d'autre part, de la volonté d'améliorer les pratiques, il est apparu souhaitable que l'Agence propose aux établissements qui avaient déjà entamé une réflexion ou une démarche d'appliquer la méthode de l'audit clinique à ce thème.

Cette évaluation des pratiques professionnelles a été conduite dans 26 établissements avec le soutien du Service Évaluation en Établissements de Santé de l'Agence.

Les **critères*** de qualité proposés ont été construits à partir de l'expérience des professionnels, puis complétés par l'analyse de la littérature et l'avis d'experts. En l'absence de référentiel préexistant, le choix adopté implique un niveau d'exigence élevé, qui nécessite une démarche qualité progressive pour être atteint totalement.

Le **référentiel** présenté est destiné à évaluer les pratiques professionnelles et non les structures de soins. Malgré la demande réitérée de professionnels, l'objectif de l'Agence dans ce cadre n'était pas de produire des règles et normes techniques relatives aux chambres d'isolement.

* Les termes figurant en gras sont définis dans le glossaire en fin d'ouvrage p. 81

Chapitre 1

DÉFINITIONS

Les grands réformateurs de la psychiatrie - Pinel en France, Chiarigi en Italie et Tuke en Angleterre introduisirent le traitement moral fondé sur le principe de l'humanisation des soins et d'une action éducative, tout en prônant l'abandon de la contention physique (1). Néanmoins, pour tenir compte des besoins de sécurité, ils développèrent les principes de base de l'isolement dans un but non punitif, en mettant l'accent sur le respect des droits des patients et leur sécurité. Le patient est isolé des autres patients et fait l'objet de soins et de surveillance de la part de l'équipe de psychiatrie, dans une chambre destinée ou non à cette utilisation exclusive. Leurs objectifs étaient la prévention des blessures et la réduction de l'agitation liées au trouble mental.

L'isolement fut défini comme une modalité de soin par opposition à la contention avec laquelle il ne doit pas être confondu (2). Celle-ci consiste à restreindre ou maîtriser les mouvements d'un patient par un dispositif, soit fixé sur un lit ou un siège, soit mobile, comme une camisole de force.

Le présent document porte spécifiquement sur l'isolement des patients adultes, la contention étant envisagée seulement comme une modalité éventuellement associée.

1. Définition de l'isolement

À la suite d'événements tragiques dont ont été victimes des patients, la circulaire n° 48 D.G.S./SP3/ du 19 juillet 1993 (3) (Annexe) rédigée par Simone Veil, ministre de la Santé, a attiré l'attention sur cette pratique en mentionnant :

- que des patients en hospitalisation libre ne peuvent en aucun cas être installés dans des services fermés à clef, ni *a fortiori* dans des chambres verrouillées ;
- que l'atteinte à la liberté d'aller et venir librement ne peut se réaliser que pour des raisons tenant à la sécurité du malade et sur indication médicale ;
- qu'il doit y avoir adéquation entre des soins portant atteinte à la liberté et les modalités d'hospitalisation.

À la suite de cette circulaire, on peut considérer que tout patient dans une chambre dont la porte est verrouillée est séparé de l'équipe de soins et des autres patients et se trouve de ce

fait en isolement ; cet isolement ne peut être qu'à but thérapeutique conformément à la mission de soin des établissements de santé.

L'utilisation de l'isolement thérapeutique représente un **processus** de soin complexe justifié par une situation clinique initiale et se prolongeant jusqu'à l'obtention d'un résultat clinique. Le processus comprend lui-même de nombreux éléments, prescription, accompagnement du patient, délivrance de soins, surveillance, etc., réalisés par les différents professionnels d'une équipe de soins, selon leurs champs de compétence et de responsabilité.

L'évaluation de ce processus pluriprofessionnel reviendra à mesurer le niveau de qualité des soins délivrés par une équipe par comparaison avec un référentiel.

2. Caractéristiques de la qualité de l'isolement

La qualité des soins est constituée par l'association d'un certain nombre de dimensions qui sont : l'acceptabilité, l'accessibilité, le caractère approprié, la continuité, la délivrance au bon moment, l'efficacité, l'efficience et la sécurité. La définition de la qualité pour ce thème s'organise essentiellement autour des dimensions suivantes :

- l'acceptabilité qui intègre des aspects tels que le respect du patient, son confort, l'information délivrée à lui-même et à son entourage, le cas échéant ;
- l'accessibilité aux professionnels, l'accessibilité à l'information et la disponibilité d'une chambre d'isolement ;
- le caractère approprié qui intègre la conformité par rapport aux indications et contre-indications thérapeutiques, la conformité par rapport à la modalité d'hospitalisation, ainsi que le caractère adapté de la surveillance en fonction des risques à gérer ;
- la continuité des soins et de la surveillance ;
- la délivrance au bon moment, dimension fondamentale pour cette mesure thérapeutique habituellement réalisée en urgence ;
- la sécurité des patients, qui repose sur la gestion des risques physiques et psychiques liés au patient lui-même, à sa maladie et à la mise en œuvre de l'isolement. La sécurité des personnels a été aussi prise en compte comme un facteur essentiel de la qualité des soins.

Les critères de qualité proposés dans ce document ont été construits afin d'être représentatifs de ces différentes dimensions.

L'efficacité et l'efficience n'ont pu être incluses dans la définition de la qualité en raison du manque d'études portant sur l'évaluation du résultat et de son coût. De ce fait, et parce que des interrogations subsistent quant à la légitimité de cette pratique (4), une politique de diminution continue de l'isolement doit être conduite afin de réduire au minimum les isolements inappropriés (2).

Chapitre 2

LA MÉTHODE D'ÉVALUATION : L'AUDIT CLINIQUE

L'évaluation de l'isolement thérapeutique a pour objectif prioritaire l'amélioration de la qualité des soins dispensés. Si, d'une façon générale, évaluer revient à mesurer et comparer, il existe plusieurs méthodes d'évaluation des pratiques professionnelles.

La méthode choisie par l'Agence est celle de l'audit clinique, couramment utilisée outre-Atlantique, depuis plus de vingt ans, et en Europe plus récemment. Cette méthode est fondée sur la mesure de la pratique réelle par comparaison avec une pratique de référence en utilisant un ensemble de **critères explicites**, représentatifs de la qualité des soins. La mesure des **écarts** et l'analyse de leurs causes doivent conduire à la mise en œuvre de mesures correctives pour améliorer le niveau de qualité.

De nombreuses présentations de la méthode de l'audit existent, mais quelle que soit la version choisie, les étapes clefs sont toujours :

- la construction du référentiel ;
- la mesure de la pratique réelle et la comparaison au référentiel ;
- le réajustement entre la pratique et la **référence** ;
- le suivi de l'évaluation.

Les étapes de l'audit sont résumées dans l'encadré ci-après, extrait d'un guide méthodologique publié, en juin 1994, par l'ANDEM : *L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé : l'audit clinique*. Il est recommandé de prendre connaissance de ce guide dont la trame est similaire au présent document (5).

L'audit clinique est une méthode d'évaluation par critères explicites préétablis qui permet une amélioration d'emblée, par l'application des critères et une amélioration secondaire, par la mise en œuvre de mesures correctives pour les critères où le standard attendu n'est pas atteint.

LA MÉTHODE DE L'AUDIT CLINIQUE

1- Choix du thème et initialisation de l'étude

Le thème doit être d'intérêt général et permettre d'aboutir à une amélioration significative de la pratique. Une analyse de l'existant doit être réalisée.

2- Choix des critères (ou constitution du référentiel)

Il est précédé d'une analyse bibliographique et/ou d'un consensus d'experts ou de professionnels. Les critères sont des éléments mesurables ; ils doivent être liés à la qualité de la pratique étudiée.

3- Choix du type d'étude et de la méthode de mesure

Cette étape permet de définir les modalités de conduite de l'évaluation.

4- Recueil des données et mesure

À cette étape, chaque acte de soin ou dossier est étudié, les données sont recueillies et le niveau d'atteinte des critères est mesuré.

5- Analyse des résultats

Les écarts entre la pratique réelle et la référence sont identifiés et leurs causes analysées. Celles-ci peuvent être d'origine professionnelle, organisationnelle ou institutionnelle.

6- Élaboration des recommandations et suivi

Les recommandations découlent logiquement de l'étape précédente. Elles sont regroupées dans un plan d'action qui doit comporter un calendrier de réalisation et des modalités de suivi.

Une réévaluation permettra de mesurer l'impact de l'audit. Elle sera réalisée 6 à 12 mois après la première évaluation. Cette étape est fondamentale pour démontrer par des résultats objectifs l'amélioration des pratiques.

Chapitre 3

LE DÉVELOPPEMENT DE L'AUDIT CLINIQUE ET SA MISE EN ŒUVRE

Afin de restituer de la façon la plus fidèle et la plus compréhensible possible le développement de ce thème et l'évaluation des pratiques dans les établissements, nous avons choisi de décrire pour chaque étape de l'audit, d'une part son développement au niveau de l'Agence lors de la phase préparatoire, et d'autre part sa mise en œuvre au niveau d'un établissement. Le référentiel regroupant l'ensemble des critères de qualité est présenté de façon synthétique dans le chapitre 4.

A. LA PHASE PRÉPARATOIRE

La phase préparatoire retrace le travail de réflexion et de conception réalisé par l'Agence avant de proposer un thème d'audit clinique. La description de cette phase prend pour canevas les six étapes de l'audit.

Les principaux objectifs de cette phase sont :

- d'apprécier le caractère pertinent et mobilisateur du thème pour la promotion de l'évaluation de la qualité des soins ;
- de vérifier que la méthode de l'audit est adaptée au thème ;
- de constituer le référentiel à partir de la revue de la littérature, des textes réglementaires, des études de pratique et de l'avis d'experts.

1. Choix du thème

À l'heure où l'évaluation de la qualité des soins se développe sous l'influence de facteurs internes et externes aux établissements, il est important de noter que le choix de ce thème résulte de la seule volonté des professionnels de psychiatrie. Ce soin, peu connu en dehors de la discipline et seulement évoqué lors d'événements tragiques, est perçu globalement par les professionnels comme un recours à la fois nécessaire et rarement satisfaisant dans son principe et sa réalisation. La prise de conscience d'une **non-qualité** interne est à la source des propositions dont l'initiative revient à :

- un groupe de psychiatres réunis par l'Agence pour dresser un bilan de l'évaluation en psychiatrie ;
- aux professionnels de plusieurs hôpitaux qui ont initié une réflexion et une démarche sur ce thème.

La thèse de Pépier (6), inspirée par Vignat au centre hospitalier Saint-Jean-de-Dieu, fut une contribution essentielle en abordant la réalité des pratiques en France et en analysant les travaux nord-américains.

Conformément aux procédures de décision de l'Agence, le choix d'un thème d'audit clinique doit être approuvé par le Conseil Scientifique. Avant de soumettre ce dossier, il était nécessaire de démontrer que l'isolement est une méthode de soin, fréquemment pratiquée en France, pour laquelle il était possible de proposer un référentiel constitué de critères de qualité.

Ce point est encore plus important pour ce thème, car aucune **procédure** décrivant la mise en œuvre et la conduite d'un tel soin n'était disponible. La constitution d'un référentiel s'avérait nécessaire face à la diversité des pratiques pour maîtriser, si nécessaire, leurs variations et éventuellement les améliorer.

Il convient auparavant de donner quelques éléments caractéristiques de l'isolement, qui sont chacun des arguments pour développer un audit de ce soin.

1.1. *Une pratique non reconnue*

La reconnaissance de l'isolement thérapeutique comme thème d'évaluation de pratique ne va pas de soi. En effet, ce soin est peu connu et mal compris en dehors de la spécialité, et sa fréquence sous-estimée à l'intérieur même de celle-ci.

Excepté l'isolement préconisé par Charcot (7) pour le traitement de l'anorexie mentale, différent dans son principe thérapeutique, l'isolement thérapeutique est absent des traités de psychiatrie. Son enseignement n'est pas au programme, à notre connaissance, du Diplôme d'Études Supérieures (DES) de psychiatrie, des Instituts de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) et des Instituts de Formation de Cadres de Santé (IFCS). La formation pratique est essentiellement assurée à l'intérieur des unités fonctionnelles pour les infirmier(e)s, de façon non systématique.

Ce constat de carence soulève la question de savoir si le processus d'isolement est un acte thérapeutique en soi ou s'il faut le considérer comme un « simple » moyen pour la mise en œuvre de soins qui ne pourraient être réalisés sans lui. Sur ce point nous restons sans réponse, faute d'évaluation de l'efficacité par comparaison avec d'autres modalités thérapeutiques. L'isolement résulte d'une démarche empirique qui associe selon les auteurs anciens les fonctions :

- de limitation du caractère contagieux de l'agitation et de la violence ;

- de mise au calme et de protection face aux stimulations excessives.

Cette action sédatrice, qui est largement reconnue des professionnels, ne donne pas une place à l'isolement au sein de l'ensemble des actes de soins recueillis pour mesurer l'activité d'un service de psychiatrie publique. En effet, il n'est pas mentionné dans les rapports annuels de secteur, ni dans la fiche par patient de la Direction Générale de la Santé, malgré l'importance des ressources mobilisées.

La circulaire du 19 juillet 1993 (3), qui a joué un rôle déterminant dans le choix du thème, esquivait aussi la question de la nature thérapeutique de l'acte et insiste plus sur la sécurité, comme résultat à obtenir pour les patients, que sur les moyens à mettre en œuvre.

C'est à la suite de l'affaire Roméo aux États-Unis, évoquée par Wexler (8) et Soloff (9), qu'une dimension thérapeutique a été restituée à l'isolement découlant d'un jugement clinique. La Cour Suprême a notamment statué sur le fait qu'une décision prise par un professionnel de santé est par présomption valide. Le point le plus important apporté par cette affaire est la reconnaissance des compétences professionnelles et de la valeur des considérations cliniques. C'est à la suite de cette affaire que les psychiatres américains ont cherché à définir une **norme** professionnelle.

1.2. *La fréquence des pratiques*

Une fréquence élevée est un élément déterminant pour le choix d'un thème d'audit clinique. Selon les déclarations de professionnels français, l'utilisation de l'isolement est très variable d'un établissement à un autre. Les seules données disponibles concernent le nombre de chambres d'isolement en psychiatrie de l'adulte sectorisée, estimé à 1 560 après une enquête conduite par voie postale par Morello et col. (10). Mais il est à retenir que des mesures d'isolement peuvent être réalisées dans des chambres non spécifiquement désignées et conçues pour cette fonction, posant des problèmes de sécurité liés aux matériaux et ouvertures (porte, fenêtre).

Les seules fréquences d'utilisation disponibles proviennent d'études rétrospectives ou prospectives nord-américaines. Les fréquences s'étendent de 1,9 % pour l'APA (11) à partir d'une population de 5 580 patients hospitalisés à plus de 50 % pour des auteurs tels que Wadeson (12), Carpenter (13), Betemps (14).

Les professionnels des établissements des grandes villes françaises évoquent le recours de plus en plus fréquent à l'isolement en raison de l'augmentation des phénomènes de violence et dénoncent parfois le manque de chambres d'isolement.

1.3. La durée de l'isolement

La fréquence de l'isolement doit être pondérée par la durée de celui-ci pour apprécier l'ampleur de l'exposition aux différents risques. Un écart important est constaté entre les rares données nationales, proches de 4 à 6 jours, et les données de la littérature plutôt voisines de 10 heures en moyenne. Les raisons de ces écarts seraient certainement à approfondir car elles ne peuvent être expliquées par les seules caractéristiques des patients, selon l'APA (11). Les travaux nord-américains notent que la durée de l'isolement est fortement liée à la culture des services, c'est-à-dire à des facteurs humains.

L'existence de pratiques diverses pour la fréquence et la durée représente un argument supplémentaire pour la réalisation d'un audit clinique, notamment lorsque la diversité est source de dysfonctionnements.

1.4. Les caractéristiques des patients isolés

Les caractéristiques des patients sont importantes à connaître dans le cadre de l'audit pour mieux prendre en compte les risques inhérents aux patients, à leurs troubles et aux traitements associés. Les résultats de nombreuses études permettent de décrire le patient isolé comme jeune, le plus souvent de sexe masculin, avec un âge médian de 31 ans pour l'APA (11) et Way (15).

La proportion de patients schizophrènes est élevée, mais ce diagnostic n'est pas surreprésenté par comparaison avec les patients non isolés. Les patients atteints de retard mental sont environ deux fois plus souvent isolés que les autres patients. Il en est de même pour les patients hospitalisés sans consentement.

1.5. Les motifs de l'utilisation de l'isolement

Dans ce domaine, il est nécessaire de distinguer les circonstances immédiates qui sont le motif déclaré par les professionnels, des indications qui sont une catégorisation plus systématique des situations cliniques où l'isolement est approprié.

Les motifs les plus fréquents sont un comportement violent envers les professionnels ou les autres patients, un comportement non violent mais inapproprié tel que l'agitation, les tentatives de « fugue », un comportement de dénudation. Les risques d'automutilation et de suicide sont aussi fréquemment cités.

Le mécanisme expliquant la perturbation du comportement du patient, comme la perte du contrôle de soi, ou encore le mécanisme d'action de l'isolement, comme la réduction des stimulations, sont des éléments qui entrent dans les motifs d'utilisation.

En France les modalités d'hospitalisation HDT (hospitalisation à la demande d'un tiers) et HO (hospitalisation d'office) constituent aussi des motifs d'isolement en raison du risque de fugue. Il faut noter que dans ce cas l'isolement n'est pas utilisé directement comme une mesure thérapeutique en soi, mais un moyen pour prévenir une rupture thérapeutique.

Plusieurs études ont précisé que les périodes où l'isolement avait une incidence plus élevée sont les premiers jours d'hospitalisation, les moments de la journée où l'emploi du temps du patient n'est pas structuré par des soins ou des activités, et où les membres de l'équipe de soins sont moins disponibles en raison de leur participation à des réunions.

1.6. L'importance des risques et la fréquence des accidents

Les risques sont nombreux, liés aux patients eux-mêmes, à leur maladie, aux thérapeutiques dont fait partie l'isolement et aux méthodes des professionnels pour réaliser ce processus de soin complexe.

La fréquence des accidents est élevée car 45 % des services de psychiatrie ont déclaré avoir eu au moins un accident grave au cours des dix dernières années selon l'enquête de Morello (10). Incendie, suicide, tentative de suicide sont les plus fréquents, ainsi que les évasions par les fenêtres, sources d'accidents graves .

1.7. La décision de l'Agence et le niveau d'exigence de qualité

L'avis favorable du Conseil Scientifique de l'Agence pour développer un audit clinique sur ce thème a été fondé principalement sur les points suivants :

- la fréquence des pratiques en France et les conséquences potentielles ;
- la circulaire Veil rédigée à la suite d'un événement dramatique qui démontrait l'insécurité liée au risque incendie en cas d'impossibilité d'aller et venir librement du fait de portes verrouillées ;
- l'existence d'une abondante littérature scientifique internationale sur le thème et l'existence de recommandations internationales ;
- un potentiel d'amélioration élevé.

En l'absence de procédure préexistante contenant un ensemble complet de critères de qualité et en l'absence de certitudes scientifiques, il était nécessaire que l'évaluation des pratiques se fasse par comparaison avec un référentiel démontrant un niveau d'**exigence de qualité** élevé. En effet, en raison de la diversité des pratiques mises à jour par Péprier (6), le risque n'était

pas nul d'encourager certaines pratiques discutables, si chaque établissement ou service établissait ses propres critères de qualité.

2. Choix des critères

2.1. *L'analyse de la littérature*

Le principal travail francophone sur le thème (6) a constitué une première base bibliographique complétée par le Service Documentaire de l'ANDEM par une interrogation automatisée avec les mots clés suivants : *seclusion* ou *restraint*.

Les documents ont été analysés par les membres du groupe d'experts pour extraire les critères de qualité proposés par les différents auteurs. À l'exception des **recommandations pour la pratique clinique** de l'*American Psychiatric Association* (APA) (11), les différents articles contenaient très peu de critères explicites. Aucun audit clinique n'a été retrouvé parmi de nombreux articles qui décrivent les pratiques d'isolement sans les comparer à un référentiel.

Cette liste de critères a ensuite été proposée aux établissements qui ont réalisé l'audit de leurs pratiques en 1994, 1995 et 1996. Des améliorations successives ont été apportées à leur libellé et quelques critères supplémentaires ont été inclus. Les modifications successives proviennent des phases de test du questionnaire, du dépouillement des données et des synthèses lors des bilans réalisés avec les différents hôpitaux. Ce sont des établissements différents qui, chaque année, ont eu pour mission d'améliorer les critères. En cas de mesures itératives, ils ont utilisé le même référentiel. Dans ce document nous proposons la version la plus achevée des critères en rappelant qu'un référentiel doit être révisable pour intégrer les améliorations et les nouvelles exigences. Ce référentiel comprend 23 critères numérotés de C1 à C23.

2.2. *Le groupe d'experts*

La constitution du groupe a été réalisée avec la volonté de réunir :

- les principales catégories professionnelles concernées par l'isolement : médecins, infirmiers, directeurs ;
- des professionnels disposant d'une expérience quotidienne et/ou ayant initié une réflexion sur ce thème et suscité des améliorations.

La sélection des experts n'a pas pu se réaliser à partir de l'examen de la littérature scientifique en raison de l'absence de travaux français publiés sur ce thème. Il ne paraissait pas opportun de

solliciter, dans un premier temps, des experts étrangers pour un soin dont l'ancienneté de la pratique est aussi grande en France. La liste des experts figure en page 4 de ce document.

Le groupe d'experts a été réuni à trois reprises en 1994 pour délimiter le thème et définir les critères à partir de l'examen de la littérature et de l'expérience professionnelle de chacun. Il a aussi été sollicité pour la relecture du présent document.

2.3. *La nature des critères*

Le référentiel comporte essentiellement des **critères de processus** ayant trait à la réalisation effective du soin.

Le recours à des **critères de ressources** est plus rare dans l'audit clinique car une amélioration conduit souvent à des modifications profondes qui peuvent toucher l'organisation. Cependant, dans le cas présent quelques critères de ressources en personnel et matériel ont été inclus tant ils apparaissaient importants pour la sécurité du patient et des professionnels.

Par ailleurs, les **critères de résultats** sont peu utilisés dans l'audit clinique, en raison de la taille réduite des échantillons étudiés qui ne permet pas toujours l'obtention de chiffres significatifs sur le plan statistique. Dans le cas présent, le seul critère de résultat qui a été pris en compte concerne la sécurité, comme résultat à obtenir.

Comme il a été précisé dans l'introduction, les critères ne portent pas sur les chambres elles-mêmes, leur équipement et l'organisation de ce soin. Le questionnaire (Annexe) vise seulement à apporter les éléments d'une réflexion sur ce sujet.

2.4. *Les critères de qualité des étapes du processus*

La construction du référentiel a pris en compte les principaux segments individualisables de ce processus et les risques inhérents à chacun d'entre eux.

Un processus se définit comme « un ensemble de moyens et d'activités liés qui transforment des éléments entrants en éléments sortants » (16) en leur apportant de la valeur ajoutée qui est la raison d'être de ce processus. Toute production de produit ou service est le résultat d'un processus. Toute anomalie est la conséquence des défauts du processus et sa prévention nécessitera une intervention sur le processus. Des **démarches qualité**, utilisant l'approche par processus, ont été développées lors des **Programmes d'Amélioration de la Qualité (PAQ)**, accompagnés méthodologiquement par l'Agence de 1995 à 1998 (17).

Sans disconvenir, d'une part qu'une telle définition doit subir une adaptation pour être acceptable dans le domaine de la santé, et que d'autre part sa formulation se révèle particulièrement malheureuse pour ce thème, on peut individualiser un certain nombre d'étapes dans le processus d'isolement.

Un processus peut avoir plusieurs variantes qui peuvent dépendre de l'organisation et des conditions d'exercice. L'ordre des étapes du processus varie essentiellement en fonction de l'urgence de la décision et de la présence ou non d'un médecin lors de celle-ci.

La modélisation recourt à des symboles standardisés, *ovales* pour les états initial et final, ici les situations cliniques initiale et résultante, *losanges* pour les décisions, alternatives, questionnements et *rectangles* pour les actions. Les pages suivantes contiennent la représentation schématique du processus avec deux variantes (figure 1) et les principales exigences et les principaux risques de chaque étape (figure 2).

Figure 1

Deux variantes simplifiées du processus de l'isolement thérapeutique

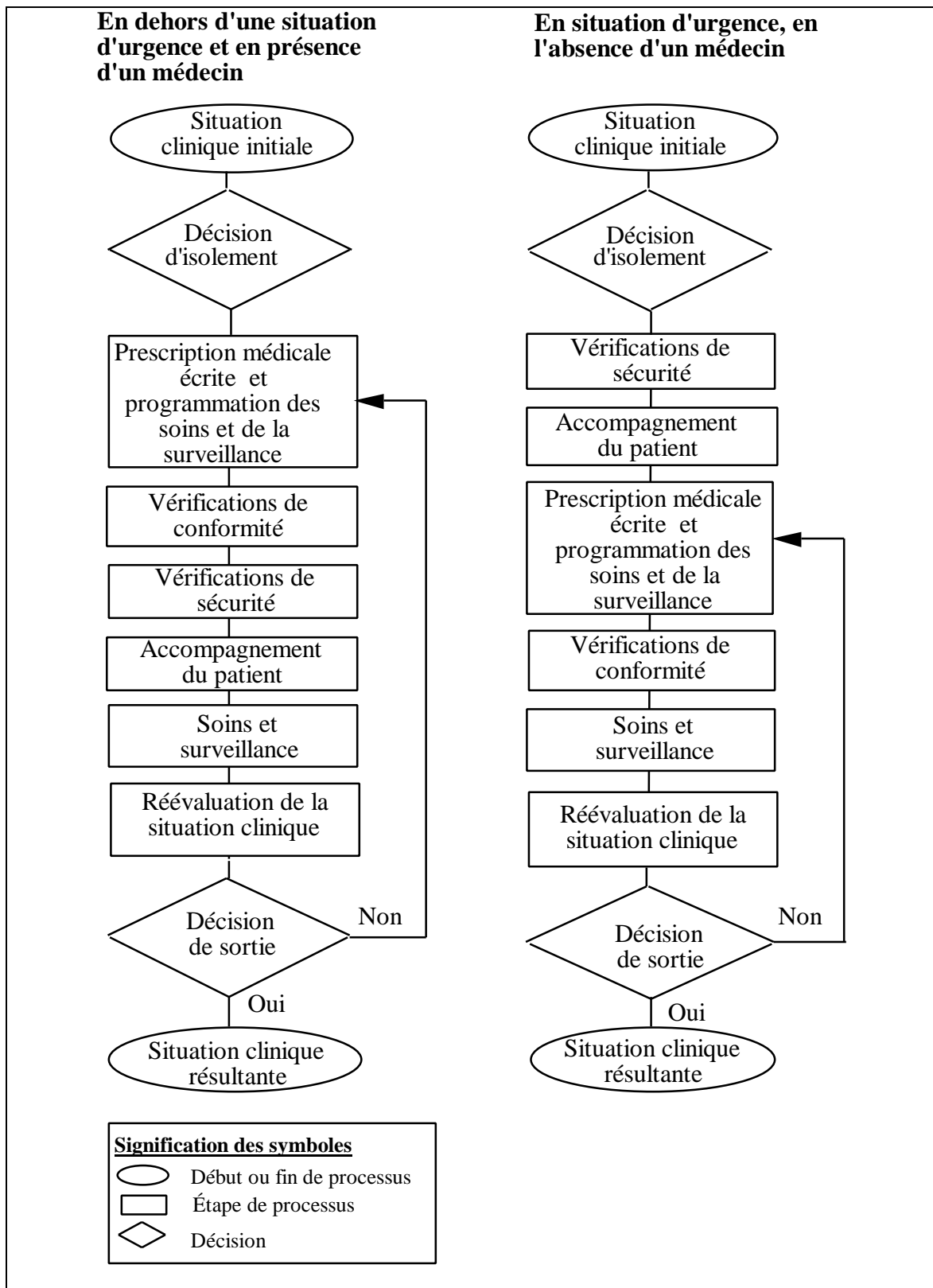
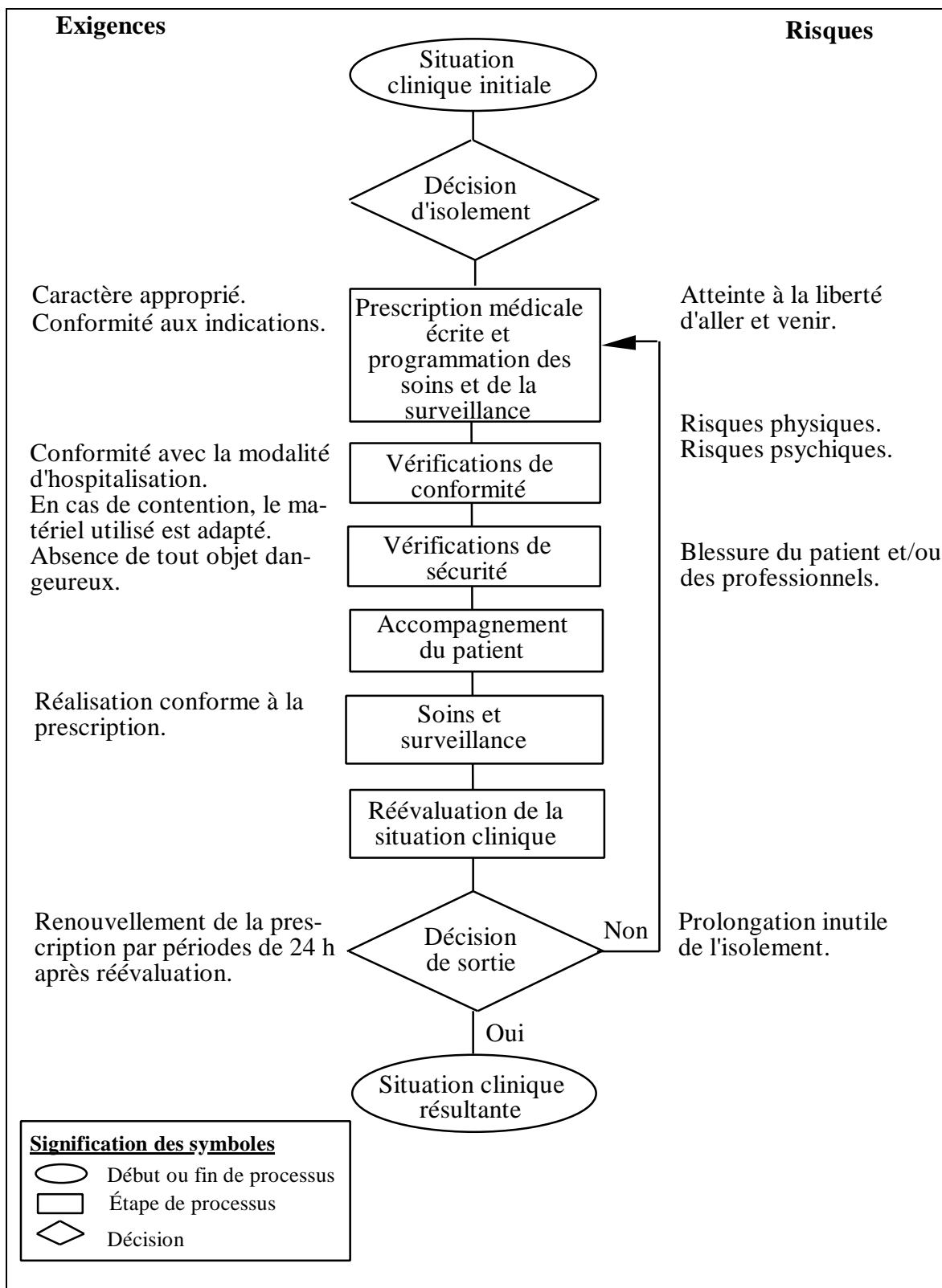


Figure 2

Principales exigences et principaux risques des étapes du processus



2.5. *Construction du référentiel*

Étape 1 : La décision d'isolement

Cette décision est :

- soit prise en urgence en raison de comportements qui imposent de prendre rapidement des mesures pour assurer la sécurité du patient, des autres patients, du personnel ;
- soit décidée après un temps de réflexion suffisant qui permet de préparer l'isolement et de diminuer les risques.

Si la décision peut être prise en l'absence d'un médecin, notamment en cas d'urgence, une décision médicale doit venir dans tous les cas confirmer l'indication d'isolement sous la forme d'une prescription écrite.

En raison de la diversité des motifs d'isolement, aucun critère de qualité n'a été formulé pour cette étape de la décision d'isolement.

Étape 2 : La prescription médicale et la programmation des soins et de la surveillance

La réalisation de cette étape nécessite une étroite collaboration entre médecins et infirmier(e)s pour concevoir le traitement dans ses différentes dimensions et assurer la gestion des risques. C'est à dessein que les différentes sous-étapes suivantes ont été regroupées.

• *La prescription médicale :*

La nécessité d'une prescription médicale pour l'utilisation de l'isolement est unanimement reconnue quelles que soient les sources consultées. En France, la circulaire Veil (3) rappelle cette nécessité dans tous les cas.

Comme toute prescription, celle-ci doit être écrite, horodatée et doit permettre l'identification du prescripteur. Ce critère est analogue à celui du guide du dossier du patient diffusé par l'Agence (18), auquel a été adjoint un délai de réalisation si le patient a été isolé initialement par l'équipe de soins sans prescription médicale. Un délai d'une heure est proposé.

• *La durée de validité de la prescription médicale :*

La question de la durée de validité de la prescription s'est trouvée posée par l'existence de prescriptions qui fixent une durée de plusieurs jours, notamment en fin de semaine, ou sans limite de temps.

À partir du constat d'une durée élevée de l'isolement, il est apparu que l'isolement ne devait pas être déterminé pour une période supérieure à 24 heures. Ce critère, complété par celui portant sur la surveillance médicale avec un examen biquotidien de l'état clinique du patient, permet l'interruption de l'isolement avec la même probabilité quel que soit le jour de la semaine.

En regard de ce constat les référentiels nord-américains reflètent le choix d'une politique de réduction de l'utilisation de l'isolement. Selon les États, la prescription doit indiquer une durée inférieure à 8, 4 ou 2 heures, et une période d'isolement ne peut être prolongée le lendemain par une nouvelle prescription (19).

• *Les indications et contre-indications :*

Les critères C5 et C6 du référentiel dont le libellé est contenu dans les tableaux 1 et 2 portent spécifiquement sur celles-ci.

Les indications proposées correspondent aux recommandations de l'APA (11) qui définissent cinq types principaux de situations. Ces indications éloignées de toute approche syndromique ou nosologique constituent essentiellement une explicitation des pratiques actuelles. Les contre-indications ont été envisagées, d'une part pour éliminer l'utilisation de l'isolement dans un but non thérapeutique, et d'autre part pour éliminer les affections organiques. Ces dernières ont été regroupées sous la forme d'un critère spécifique.

La nécessité de préciser que l'isolement ne doit pas être une punition surprend nécessairement les non-spécialistes de la psychiatrie. En revanche, les professionnels de la discipline savent que les comportements de certains patients peuvent induire des contre-attitudes conduisant à des mesures à visée non thérapeutique. Ce critère rappelle la dimension soignante de l'isolement et la mission conférée aux établissements de santé.

Tableau 1

Indications et contre-indications non somatiques

Indications

(Critère C5 : le trouble présenté par le malade correspond aux indications de MCI et il n'y a pas d'utilisation à titre non thérapeutique)

1. Prévention d'une violence imminente du patient envers lui-même ou autrui alors que les autres moyens de contrôle ne sont ni efficaces ou ni appropriés.
2. Prévention d'un risque de rupture thérapeutique alors que l'état de santé impose les soins.
3. Isolement intégré dans un programme thérapeutique.
4. Isolement en vue d'une diminution des stimulations reçues.
5. Utilisation à la demande du patient.

Contre-indications (utilisations à titre non thérapeutique) :

6. Utilisation de la CI à titre de punition.
7. État clinique ne nécessitant pas un isolement.
8. Utilisation uniquement pour réduire l'anxiété de l'équipe de soins ou pour son confort.
9. Utilisation uniquement liée au manque de personnel.

Tableau 2

Contre-indications somatiques

Contre-indications somatiques à l'isolement :

(Critère C6 : les contre-indications somatiques de la MCI sont identifiées et notées)

- Affection organique non stabilisée ⁽¹⁾
 1. Insuffisance cardiaque.
 2. État infectieux.
 3. Trouble de la thermorégulation.
 4. Trouble métabolique.
 5. Atteinte orthopédique.
 6. Atteinte neurologique.
- Le patient présente un risque lié à la prise de toxiques avant la MCI. :
 7. Prise de drogue.
 8. Prise d'alcool.
 9. Surdosage médicamenteux.

(1) Diagnostic, pronostic, suffisamment incertains ou graves pour nécessiter des soins et une surveillance intenses.

- *Les facteurs de risque :*

Dans le tableau 3 ci-dessous figurent les principaux facteurs de risque à gérer lors d'un isolement thérapeutique. À ces risques, dont l'occurrence est variable, doit correspondre la mise en place de mesures spécifiques et d'une surveillance adéquate.

Tableau 3

Facteurs de risque

Facteurs de risque :

(Critère C7 : les facteurs de risque éventuels sont repérés et un programme spécifique de surveillance et de prévention est mis en place)

Le patient présente un (ou plusieurs) risque(s) suivant(s) :

1. Risque suicidaire.
2. Risque d'automutilation.
3. Risque de confusion.
4. Risque lié au traitement.
5. Risque métabolique.
6. Température ambiante dans la CI inférieure à 19 ou supérieure à 25 °C.
7. Autre risque.

Pour chaque risque identifié, un programme de surveillance et de prévention est mis en place

Le critère prend en compte le repérage des risques et l'existence d'un programme de surveillance et de prévention. Comme pour d'autres critères, il laisse le soin aux professionnels de définir ces mesures.

• *Prescription et programmation des soins et de la surveillance :*

L'élaboration d'un critère de qualité portant sur ce domaine a suscité une importante réflexion. L'isolement thérapeutique est considéré par la plupart des professionnels comme un soin psychiatrique intensif dont les nombreux risques justifient une surveillance attentive. Il est apparu que le rythme minimal de la surveillance médicale devait être biquotidien. Cette fréquence est conforme aux recommandations de l'APA et à la jurisprudence concernant la surveillance médicale (11). Il apparaît opportun de citer les éléments essentiels sur lesquels se fondent les décisions juridiques : « L'hospitalisé peut nécessiter une surveillance médicale pour plusieurs raisons : quand la pathologie est évolutive avec des paramètres physiques et biologiques à contrôler ; si le diagnostic reste imprécis et doit être affiné après observation ; quand le traitement présente des risques qui doivent être surveillés et prévenus et, enfin, parce que l'état de conscience ou les troubles psychiques du patient font craindre des gestes violents autoagressifs. » (20).

Ces nécessités de surveillance s'appliquent totalement aux patients maintenus en isolement thérapeutique.

La surveillance médicale doit être « continue, au minimum quotidienne ou biquotidienne » et « l'absence de surveillance médicale pendant le week-end ou les vacances d'un praticien peut être rattachée au fonctionnement du service et, dans ce cas, une faute simple suffit ». (20).

En tenant compte aussi bien des besoins des patients, de l'avis des experts et de la jurisprudence, la réalisation de visites médicales de surveillance biquotidiennes apparaît un principe de fonctionnement approprié.

La surveillance du patient est un acte médical complexe, établi dans le temps et faisant intervenir praticiens et paramédicaux. La tendance des médecins à déléguer plus ou moins totalement la surveillance à la profession infirmière existe en psychiatrie et impose de rappeler que la surveillance médicale est d'abord un acte médical exclusivement effectué par le médecin lui-même qui observe directement le patient.

Cette surveillance doit être renforcée en cas de risques liés au patient, à ses troubles ou aux traitements administrés. Le risque de suicide et d'automutilation est particulièrement élevé dans ces circonstances.

• *La surveillance psychique, physique et biologique :*

Dans le cadre de l'audit chacune des dimensions de la surveillance fait l'objet d'un critère. Nous avons vu à propos de la surveillance médicale que celle-ci fait intervenir des praticiens médicaux et paramédicaux. « L'organisation des soins et de la surveillance incombe au médecin et à ses assistants. Les internes et les infirmier(e)s participent à cette surveillance dans la mesure de leurs compétences et doivent signaler toute anomalie au médecin ordonnateur. » (20).

L'isolement se réalisant sur prescription médicale, il paraît cohérent que la surveillance fasse l'objet d'une prescription. Le médecin prescrit les moyens de cette surveillance et la périodicité de mesure de paramètres. L'intrication entre acte médical et acte de soin est importante, elle explique que le défaut de surveillance puisse relever de l'acte médical ou de l'acte de soin ou des deux.

La surveillance se réalise dans 3 dimensions principales, psychique, physique et biologique. Afin de coordonner au mieux les actes de surveillance nous préconisons une feuille de surveillance unique pour l'ensemble des professionnels ayant en charge ce soin.

Étape 3 : Vérification de conformité

Les vérifications portent sur plusieurs éléments différents.

Le premier concerne la conformité d'un soin qui porte atteinte à la liberté d'aller et venir avec la modalité d'hospitalisation. La lecture de la circulaire Veil (3) a donné lieu à de nombreuses interprétations dans les établissements concernés. Par souci de ne pas outrepasser les forces de propositions d'un tel guide, le critère vise à évaluer seulement l'examen de la conformité entre le soin et la modalité d'hospitalisation. Le critère rappelle le contenu de la circulaire mais ne porte pas sur son application stricte qui revient pour un patient en hospitalisation libre à n'utiliser la chambre d'isolement que pour quelques heures, quitte à modifier les modalités d'hospitalisation en hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) ou en hospitalisation d'office (HO) si l'isolement devait se prolonger au-delà.

La seconde vérification porte sur le matériel de contention éventuellement utilisé. Aucune norme n'existe actuellement pour le matériel malgré les efforts des différents fabricants pour améliorer la sûreté de fonctionnement, avec la possibilité de déverrouiller rapidement les attaches en cas de danger, tel qu'un incendie.

Le critère fait appel à la capacité des professionnels pour juger ce matériel et le confort apporté au patient malgré la situation de contrainte. L'introduction de ce critère est lié à la fréquence relativement élevée de l'association isolement-contention qui a été observée dans plusieurs hôpitaux.

Étape 4 : Vérification de sécurité

La mise en œuvre de l'isolement place le patient et l'équipe de soins face à de nombreux risques. Cette étape vise à prévenir les risques liés à la présence d'objets dangereux (briquet, arme, etc.) pendant le séjour en chambre d'isolement.

Les vérifications concernent la chambre avant l'entrée du patient, le patient lui-même et ses effets vestimentaires. L'existence de ces risques est bien connue des équipes de soins et le plus souvent des notes de service rappellent les actions à réaliser.

Ces vérifications sont à renouveler au décours de chaque sortie de la chambre d'isolement et celle-ci doit rester verrouillée en cas de non-utilisation.

Étape 5 : L'accompagnement du patient

L'accompagnement est le segment du processus où l'équipe de soins conduit le patient du lieu où il était dans l'unité fonctionnelle à la chambre d'isolement. Il place l'équipe de soins et le

patient devant un risque élevé de blessure. Son bon déroulement dépend de nombreux facteurs qui ont trait à la structure, à l'organisation et au respect des procédures existantes.

La bonne exécution d'un ensemble de gestes prédéterminés et répétés régulièrement peut diminuer les risques. Les recommandations de l'APA représentent un exemple de procédure pour l'accompagnement (11).

Un critère est proposé pour cette phase : il concerne le recours éventuel à des personnels de renfort et l'appréciation globale de l'accompagnement. La présence d'un nombre suffisant d'infirmier(e)s est un facteur de sécurité déterminant. Le recours à des renforts de personnel est souvent nécessaire pour que l'équipe de soins puisse garder le contrôle de la situation et éviter, si possible, le recours à la force physique. Le recours à des renforts est une situation complexe, qui souligne la dépendance d'une équipe de soins vis-à-vis de l'organisation de l'établissement.

Le libellé du critère correspond plus à une norme qui est atteinte lorsque plusieurs sous-critères sont atteints en termes de nombre suffisant d'infirmiers présents et de délai suffisant. Il n'a pas été possible de faire référence à un seuil numérique précis tant les besoins sont variables d'une situation à l'autre ; en effet, dans les cas graves, un délai de plusieurs dizaines de secondes est trop long.

Le critère concernant le résultat global de l'accompagnement évalue le niveau de sécurité atteint. Le jugement du critère est fondé sur l'absence d'incident ou d'accident pendant la mise en chambre d'isolement et sur le jugement subjectif de l'équipe de soins. L'introduction d'éléments subjectifs est nécessaire, car la notion de sécurité découle de la gestion de risques réels et supposés.

Étape 6 : Soins et surveillance

Cette étape de réalisation comprendra le recueil des données nécessaires à la mesure de la conformité des pratiques avec les soins et la surveillance programmés. Cette étape comprend la surveillance psychologique, physique et biologique du patient.

Étape 7 : Réévaluation clinique

À chaque visite médicale de surveillance, l'état clinique est évalué afin de décider ou non l'arrêt de l'isolement. La prolongation éventuelle se fait pour une période de 24 heures au maximum (19). Cette exigence est contenue dans un critère concernant la prescription.

Le vécu de l'isolement est très variable selon les patients et dépend des conditions de réalisation (21). Plusieurs auteurs conseillent que les patients puissent exprimer leur vécu au cours d'un entretien conduit par un(e) psychologue en raison de leur formation et de leur faible implication dans le processus de décision. Cette recommandation, importante aux yeux des cliniciens, fait l'objet d'un critère spécifique.

Étape 8 : Décision de sortie

L'interruption de l'isolement est décidée par l'équipe médico-infirmière et doit être enregistrée comme la prescription initiale. Il est à souligner que le critère 4 contient la préconisation de prescrire l'isolement pour une période maximale de 24 heures : de fait, l'absence de renouvellement de prescription après 24 heures doit entraîner la fin de l'isolement.

Si le patient ne dispose pas d'autre chambre que celle où il a été isolé, l'isolement prend fin dès que l'ouverture de la chambre est considérée comme définitive.

3. Choix du type d'étude et de la méthode de mesure

L'audit clinique est le plus souvent réalisé avec une méthode rétrospective qui utilise les données existantes contenues généralement dans le dossier du patient. De l'avis des professionnels sollicités, les données actuellement recueillies de façon systématique sont trop succinctes pour apprécier, au travers des seules traces écrites, la qualité de l'isolement.

Le choix d'une évaluation souvent dite prospective, mais plus précisément concomitante, a été fait pour cette raison, permettant un meilleur recueil pour les critères qui constituent une amélioration et pour les critères de surveillance qui ne peuvent être considérés comme remplis qu'après l'analyse de nombreuses informations élémentaires.

3.1. Le nombre d'observations

Considérée comme une mesure thérapeutique exceptionnelle ou comme un recours nécessaire et fréquent, l'incidence de l'isolement varie dans de grandes proportions d'un établissement à l'autre, ou même d'un service à l'autre.

L'expérience conduite dans les différents établissements permet de proposer un nombre minimal de vingt observations. Cet effectif est à obtenir, si possible, sur un nombre limité de services, afin que la recherche des causes des écarts dans une unité fonctionnelle puisse se fonder au moins sur plusieurs observations. La notion de représentativité a une importance secondaire car, d'une part, l'audit se réalise à partir d'une démarche volontaire, et d'autre part,

tout écart par rapport au standard, même pour une seule observation, peut être considéré comme un dysfonctionnement ou un problème qui mérite un examen attentif. Ce dernier point est particulièrement justifié pour un soin à haut risque.

Un nombre élevé d'observations (au-delà d'une centaine) apporte peu d'informations supplémentaires. Ces effectifs sont obtenus habituellement avec un nombre d'unités fonctionnelles élevé ce qui augmente la charge de travail du groupe de projet à la phase d'analyse des données et lors de la recherche des causes des écarts. Une action d'une telle ampleur se révèle souvent trop ambitieuse et décevante pour une première évaluation car si elle permet la mesure de la non-qualité, elle permet rarement l'aboutissement des plans d'action, avec des améliorations réelles.

3.2. *Unité d'analyse*

L'unité d'analyse choisie est l'ensemble des documents d'enregistrement pour un épisode d'isolement pour un patient. Si l'on a recours à plusieurs épisodes pour un même patient chacun doit être considéré comme une unité différente. La seule exception est un isolement séquentiel inclus dans un programme thérapeutique précisé à l'avance par la prescription médicale.

Lors des dernières heures ou jours de l'isolement, une politique de la porte entrouverte est parfois mise en œuvre pour apprécier la permanence de l'amélioration clinique. Dans ces conditions, la fin du processus peut être difficile à préciser. Nous recommandons de tenir compte du moment d'arrêt définitif de l'isolement, c'est-à-dire lorsque le patient n'est plus exposé aux facteurs de risque liés spécifiquement à l'isolement.

Dans l'éventualité d'une prescription médicale du style « isolement si besoin » qui ne peut en aucun cas être recommandée, chaque période d'isolement doit être considérée comme un épisode en soi, car il ne s'agit pas d'une réelle programmation thérapeutique.

3.3. *Modalités de sélection des observations*

Quelle que soit la fréquence du recours à l'isolement, il est préférable d'être exhaustif pendant la phase de recueil des données, en incluant l'ensemble des patients consécutivement isolés. La période de recueil sera ainsi réduite si cette fréquence est élevée dans un établissement.

L'exhaustivité des observations dépend aussi de la qualité de l'organisation mise en place pour la réalisation de l'audit. S'il s'agit de la première évaluation pour un établissement, les périodes estivales, bien qu'à risques majeurs pour les patients (sous-effectif, remplacements, conditions

climatiques), sont peu propices à un recueil exhaustif, en l'absence du personnel d'encadrement et à cause de la charge de travail supplémentaire que représente l'audit.

3.4. *Les documents de recueil de données*

Un document commun destiné à l'ensemble des établissements volontaires a été constitué pour faciliter et rendre homogène le recueil. Celui-ci a été amélioré progressivement par les tests successifs. Il est destiné à recueillir les informations élémentaires qui permettent de savoir si les critères de qualité sont atteints ou non pour chaque patient isolé. Des informations supplémentaires ont été ajoutées à la demande de professionnels afin de mieux décrire les circonstances de la décision thérapeutique. Ce document est reproduit en annexe.

Les critères concernant la surveillance du patient avec les paramètres physiques, psychiques et biologiques imposent de mettre en place des documents spécifiques. Nous avons considéré qu'il était du ressort de chaque établissement de les concevoir et de les réaliser.

La surveillance d'un patient en isolement doit se répartir entre tous les membres d'une équipe de soins selon les champs de compétence et de responsabilité de chacun. Cette surveillance multiprofessionnelle doit d'abord être conçue en fonction des objectifs thérapeutiques, des risques à gérer, puis doit être programmée, réalisée et évaluée.

Il est souhaitable que le document destiné à la surveillance puisse intégrer les actes de surveillance et de soins des différents professionnels et permette leur programmation. Chaque acte réalisé est enregistré et son auteur est identifié. Cette identification souligne l'importance des actes de surveillance et permet de s'adresser au professionnel concerné pour des informations complémentaires en améliorant la traçabilité.

4. **Recueil des données**

L'audit clinique se fonde sur le principe de l'autoévaluation et sur l'aptitude des professionnels à évaluer leurs pratiques. Le recueil des **données** pour l'isolement thérapeutique est relativement complexe car il porte sur un processus avec plusieurs étapes, où concourent de nombreux professionnels de formations différentes. Ces contraintes nécessitent un niveau d'information et de synchronisation élevé à l'échelle de chaque unité fonctionnelle.

5. **Analyse des résultats**

Le dépouillement des données doit être réalisé dans la mesure du possible, et dans un premier temps, au sein des unités fonctionnelles qui ont observé leur pratique. Ce principe correspond

au fait que les professionnels qui ont évalué leurs pratiques sont les mieux à même d'élaborer les mesures correctives en cas d'**écart** significatif.

Le dépouillement se réalise à l'aide de deux grilles proposées par l'Agence et reproduites en annexes. Le traitement des données est simple et la présentation des résultats, qui se fait critère par critère, exprime le taux de réalisation. Les écarts sont à considérer selon leur amplitude par rapport au standard mais aussi selon le niveau d'exigence propre à chaque critère.

Chaque écart repéré comme inacceptable constitue un problème en soi, dont les causes sont à rechercher. Souvent évidentes, elles nécessitent parfois des méthodes telles que la résolution de problème. Des outils comme le **diagramme cause-effet** peuvent être des supports pour faire des hypothèses et les classer. Les causes devront être validées, en vérifiant qu'elles sont bien à l'origine des écarts observés. Un écart pouvant avoir plusieurs sources, il serait important de déterminer celle qui est l'origine principale de l'écart.

6. Réévaluation et suivi

Le choix des **actions correctives** adaptées et applicables est une phase délicate de l'audit. Chaque action corrective fera l'objet d'un plan d'action dont l'objectif et la mise en œuvre seront détaillés et planifiés.

En raison des possibilités limitées de changement et de la difficulté à le conduire, il est conseillé de poursuivre un nombre très limité d'objectifs, faciles à atteindre, dans le meilleur délai.

Un audit complet impose l'évaluation à deux reprises des pratiques avec la même grille pour mesurer l'efficacité des mesures correctives par la réduction des écarts. Un délai de 6 mois à 12 mois entre les deux évaluations est préconisé, mais il peut s'avérer difficile à respecter. Même si ce délai peut être fonction de la gravité des écarts constatés, seule une nouvelle mesure apportera la preuve de l'intérêt de la méthode par l'objectivation des changements favorables.

B. LA MISE EN ŒUVRE DANS UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

L'expérience acquise permet de dégager certaines recommandations pratiques pour la réalisation d'un audit clinique sur le thème de l'isolement dans un établissement.

Chaque évaluation requiert la définition d'objectifs, le volontariat et l'engagement des professionnels, ainsi qu'une organisation et des moyens préalablement définis. Le succès de l'audit dépend de la qualité de réalisation de chacune des six étapes.

Afin de guider les établissements dans cette démarche, chaque étape est explicitée.

1. Choix du thème et initialisation de l'étude

De la qualité de réalisation de cette étape dépend la réussite de la démarche d'évaluation et surtout son intégration au fonctionnement de l'établissement.

1.1. Identifier l'initiateur de la demande dans l'établissement

En effet, l'instance, le service ou l'acteur à l'initiative de la demande joue un rôle capital par sa capacité à fédérer l'ensemble des professionnels autour du projet. Sa légitimité au sein de la structure et par rapport au thème représente un facteur de réussite de la démarche.

1.2. Rechercher les raisons du choix du thème

Ce choix peut être en rapport avec un problème, une difficulté, une préoccupation dont la fréquence de survenue, l'ampleur, la gravité peuvent être des signes d'alerte. Il convient de procéder à un examen des pratiques d'isolement de l'établissement. Une réflexion est-elle conduite sur le thème et sur quels aspects ? Un consensus informel existe-t-il au sein de l'établissement sur les indications de mise en chambre d'isolement (MCI) ? La mise en œuvre de modalités de surveillance adaptées à la spécificité de ce soin est-elle ressentie comme nécessaire ? Les équipes souhaitent-elles que cette modalité soit formalisée ? Certaines équipes ont-elles rédigé un protocole ? Toutes les données ou documents de tous ordres édités ou collectés dans l'établissement se rapportant au thème constituent une base précieuse de travail.

L'analyse de ces différents points est une aide pour arrêter le choix du thème et pour apprécier si un audit clinique est adapté pour répondre aux préoccupations et résoudre les difficultés.

- 1.3. *Susciter l'engagement formel des différentes instances. Ces instances, représentatives des professionnels concernés par l'isolement, sont : la Commission Médicale d'Établissement (CME), la Commission du Service de Soins Infirmiers (CSSI) et le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHS-CT).*

Ces instances apportent leur soutien à toutes les phases du projet et ont autorité pour valider les améliorations possibles. Elles sont informées régulièrement de l'avancement du projet par des présentations ou documents adaptés.

- 1.4. *Définir les objectifs de l'étude*

Les objectifs doivent être réalistes, acceptables par les professionnels impliqués, en accord avec les raisons du choix du thème. Ils sont le fil conducteur qui oriente l'action de chacun vers une direction commune. Il faut s'assurer qu'ils sont connus et compris de tous.

- 1.5. *Traduire les objectifs en un programme clair et opérationnel, qui décrit avec précision l'organisation à mettre en œuvre et les ressources nécessaires*

Cette planification est précieuse. Elle évite une perception trop floue du projet et permet l'anticipation des difficultés.

Il est recommandé de mandater un groupe projet dont le rôle et les règles de fonctionnement sont préalablement définis et formalisés. Sa composition doit rechercher la représentativité des différents corps professionnels concernés par l'isolement et la complémentarité des participants en termes de compétences.

Le rôle du groupe projet dans la planification est capital. Concrètement, après avoir recueilli les idées, propositions et réflexions, il élabore l'ensemble du projet et identifie les ressources nécessaires. Il prévoit les étapes et leur calendrier, attribue une mission à chaque membre du groupe projet et à chaque intervenant dans la réalisation de l'audit. Il coordonne les actions et est garant de l'avancée de l'audit.

1.6. *Faire comprendre la méthode et informer de la planification*

Les participants accepteront d'autant mieux ce travail supplémentaire s'ils perçoivent l'apport à leur niveau d'une telle évaluation. Cette mission est délicate car la démarche d'évaluation n'est pas toujours spontanée et il faudra susciter l'intérêt des professionnels à cette nouvelle approche. Rappelons que l'audit idéal est l'audit volontaire et que la réussite du projet dépend de l'engagement des acteurs à chacune des étapes de l'audit. Il s'agit là d'informer et d'expliquer le « pourquoi » de l'étude, puis le « comment ».

Toutes les craintes, réticences ou réflexions exprimées ne doivent pas être négligées, elles doivent être considérées comme un besoin d'informations et d'explications complémentaires. Un professionnel au clair avec les objectifs et la méthode pourra participer activement, être un bon relais de l'information et résoudre à son niveau les problèmes rencontrés.

Entre le groupe projet et les unités fonctionnelles, il est conseillé de personnaliser la relation en demandant que deux référents, un médecin et un(e) infirmier(e) soient plus particulièrement en contact avec un membre du groupe projet. Les contacts directs sur les sites de soins sont à privilégier car ils permettent de résoudre plus vite les difficultés, d'assister les membres de l'équipe et contribuent à leur formation à l'évaluation. Enfin, il est judicieux d'informer les personnels de nuit et ceux qui sont susceptibles d'intervenir lors des gardes et astreintes.

2. **Choix des critères**

2.1. *Analyse de la littérature*

L'Agence met à disposition des établissements un dossier bibliographique regroupant les principaux articles qui ont étayé l'élaboration des critères de qualité. Le document source le plus important est un rapport de l'APA (11). Ces documents sont à lire et à étudier avec attention, ainsi que ceux collectés ou produits par l'établissement. Ils permettent d'approfondir le thème et de mieux comprendre le sens et la pertinence des critères. Ces documents sont à faire circuler dans l'établissement.

2.2. *Appropriation du référentiel*

Cette étape peut soulever des résistances car elle provoque une remise en cause des pratiques en introduisant de nouvelles références. L'appropriation des critères par les professionnels nécessite du temps et une acceptation du changement.

Il s'agira de passer en revue chacun des 23 critères et de vérifier sa valeur opérationnelle dans le contexte local. Un critère peut être non applicable dans le contexte d'un hôpital : par exemple, le critère 10 qui stipule que « la présence du patient est signalée au service de sécurité en temps réel » impose l'existence d'un service de sécurité permanent.

Certains critères peuvent sembler difficiles à atteindre car leur niveau d'exigence est élevé. Cette exigence peut inquiéter *a priori* les équipes soignantes sur l'importance des écarts avec le standard. Il faut bien comprendre que cette mesure chiffrée est nécessaire pour orienter l'évaluation vers une amélioration des pratiques. Le niveau de qualité élevé des critères trouve sa légitimité et tout son sens si on se place du point de vue du patient en chambre d'isolement.

3. Choix du type d'étude et de la méthode de mesure

Le principe même de l'audit clinique requiert une observation directe et simultanée par l'acteur de l'action de soins qu'il est en train de réaliser. Ce type d'évaluation implique nécessairement pour le professionnel, qui devient « acteur-observateur », une bonne connaissance et compréhension des critères, pour induire une modification consciente ou inconsciente du comportement professionnel. Concrètement, il faut comprendre que ce n'est pas la pratique antérieure à la connaissance des critères qui sera mesurée, mais bien l'écart entre ce que le professionnel réalise en regard de ce qu'il devrait idéalement pratiquer. Cette méthode peut générer une « amélioration des pratiques » notable dès le début du processus d'évaluation. La finalité de cette démarche est bien d'améliorer les pratiques sur la base d'un référentiel professionnel.

Son déroulement pratique sur le terrain nécessite une organisation du recueil des données qui passe par la définition du champ de l'étude, par l'identification de personnes relais dans les UF et par la construction de documents de recueil, sources d'information qui permettent de vérifier la conformité des actions au référentiel.

3.1. Choix des UF

Il faut tenir compte de quelques principes pour procéder à un choix concerté des UF :

- Faire appel au volontariat : toute démarche d'autoévaluation des pratiques professionnelles qui n'en tiendrait pas compte serait vaine. Le volontariat sous-entend l'intérêt des équipes soignantes pour le thème, l'adhésion aux objectifs et la volonté de réussir.
- Limiter le nombre d'UF à ce qui est nécessaire. Auditer 50 MCI est suffisant pour mettre en évidence les écarts entre le référentiel et les pratiques professionnelles. Trop d'UF

engagées dans l'étude multiplie les intervenants et alourdit inutilement le processus d'évaluation.

- Tenir compte des capacités de l'équipe à conduire une évaluation. En effet, des difficultés ponctuelles, l'indisponibilité des responsables de l'UF au moment du recueil des données, une charge de travail trop importante, peuvent pénaliser le processus d'évaluation.

3.2. *Choix des référents dans les unités fonctionnelles*

Afin d'accompagner l'étude dans les UF et mettre en œuvre les conditions de sa réalisation, il est utile que deux référents soient mandatés pour cette mission. Leur rôle sera essentiellement de faciliter le travail de l'équipe soignante et garantir la bonne réalisation de l'audit. Il est souhaitable qu'un médecin et un(e) infirmier(e) constituent ce duo et qu'ils soient des professionnels reconnus par leurs pairs pour leurs compétences et connaissances professionnelles. Ce choix peut être également orienté par leur capacité de communication et de coordination des actions. Ces référents, point de contact avec le groupe projet, solliciteront toutes les rencontres qu'ils jugeront utiles pour lever les zones d'ombre et rendre intelligible la procédure d'évaluation ; ils seront en outre les garants de la fiabilité et de l'exhaustivité des données recueillies.

3.3. *Choix des instruments de recueil, construction, test*

3.3.1. Choix des instruments de recueil

Afin de permettre le recueil de données, plusieurs supports d'enregistrement sont utilisés :

- le dossier du patient ;
- une fiche journalière de surveillance d'un patient en CI qui est à concevoir par chaque établissement ;
- le questionnaire préétabli par l'Agence (Annexe).

Ces supports sont privilégiés selon la nature de l'information collectée et le moment de sa collecte au cours du processus d'isolement.

- Le dossier du patient (médical et infirmier), outil prévu pour programmer les actions de soins et enregistrer leur réalisation, est une source d'informations dont il faut apprécier la réelle valeur. En effet, si certains critères devraient pouvoir être mesurés au regard des données contenues dans ces dossiers, les limites de ce support sont essentiellement liées à la qualité de sa tenue. Selon l'établissement, le service ou l'unité fonctionnelle, les dossiers sont plus ou moins complets. L'absence de garantie sur la présence des informations contenues dans les dossiers peut conduire les référents, soit à promouvoir l'enregistrement

des données dans le dossier médical ou infirmier au moins durant la phase de l'audit, soit à construire une fiche de recueil de données spécifique.

- La fiche journalière de surveillance et de suivi d'un patient en chambre d'isolement permet de programmer le rythme de surveillance psychique, somatique et biologique et d'enregistrer sa réalisation. Cette fiche journalière, à remplir tout au long de l'isolement, est indispensable pour la mesure des critères 16, 17 et 18. Un exemple est donné en annexe.

Aucune fiche standard de recueil de données ne peut être proposée car le choix des informations à collecter dans ces fiches dépend en partie des habitudes et procédures en cours dans les unités fonctionnelles, des documents déjà utilisés en routine et de leur possible adaptation aux besoins de l'audit. Ces fiches sont à renseigner en temps réel, c'est-à-dire dès la réalisation de l'action.

- Le questionnaire préétabli par l'Agence est à remplir pour chaque épisode d'isolement et à considérer comme un document de synthèse qui réunit l'ensemble des informations nécessaires à la mesure des 23 critères (Annexe).

3.3.2. Construction des instruments de recueil

Ce travail doit réunir un groupe multiprofessionnel permettant de prendre en compte les avis de tous car la forme et le contenu de ces instruments sont à considérer.

- La forme :

La présentation des fiches de recueil joue un rôle dans leur acceptation par les professionnels qui auront à les utiliser. Une présentation agréable et attrayante, un vocabulaire courant et adapté au public concerné, compréhensible et interprétable de la même manière par les différents utilisateurs, sont à rechercher. Il est également important que le lecteur se sente guidé dans sa lecture, comprenne la logique des informations demandées et des étapes respectées. L'identification claire de chaque fiche, un format favorisant la maniabilité du document faciliteront l'utilisation.

- Le contenu :

Il s'agit de s'interroger sur la nature de l'information à demander pour permettre la mesure des critères. Il est principalement question de la qualité des informations en tant qu'éléments de réponse pour affirmer qu'un critère est rempli ou non.

3.3.3. Test des instruments de recueil

Ce test doit vérifier le caractère utilisable des documents ainsi que leur capacité à fournir toutes les informations pertinentes à l'audit.

Le test réalisé par plusieurs équipes soignantes sur un nombre limité d'observations fournit de bons éléments d'appréciation. Cette mission peut être conduite par le groupe projet et réalisée par deux ou trois équipes soignantes volontaires. Leurs remarques sont précieuses et permettent d'amener des améliorations substantielles.

4. **Recueil des données et mesure**

Le succès du recueil des données repose sur les professionnels des UF. Cela suppose de leur part une bonne compréhension des objectifs de l'étude, une connaissance de la méthode de mesure, des critères de qualité, ainsi que la maîtrise de l'utilisation des instruments de recueil. Aussi cette phase de recueil doit faire l'objet d'instructions précises qui seront transmises par le groupe projet aux référents médicaux ou infirmiers des UF, puis à l'ensemble des soignants impliqués dans le processus d'isolement. Le personnel de jour comme de nuit, les internes de garde, les médecins d'astreinte seront informés afin d'assurer la continuité du recueil tous les jours de la semaine, durant toute la période de recueil. Cette étape débute par l'information des professionnels, le choix de la période et la planification du recueil.

4.1. *Exigences pour le recueil de données*

4.1.1. L'enregistrement simultané

Afin d'éviter une perte d'informations, celles-ci doivent être collectées dès l'action de soins effectuée. Cela exige de la rigueur de la part des soignants durant toute cette phase. Chaque intervenant se doit de programmer ses interventions sur l'un des documents prévu à cet effet et d'y enregistrer la réalisation de ses interventions. Selon la nature de l'intervention, celle-ci est recueillie sur le document conçu dans cette perspective, soit le document préétabli par l'Agence, soit la fiche journalière de surveillance et de suivi, soit le dossier du patient ou une fiche spécifique à l'audit.

4.1.2. La qualité des données

Les référents médicaux et infirmiers se chargeront de vérifier la qualité des données. Il est important de vérifier que le recueil s'est déroulé comme il était prévu, et que les instructions

ont été respectées. La qualité des informations contenues sera appréciée en termes d'exhaustivité, de lisibilité et de cohérence.

4.2. *Le traitement des données*

Les fiches de recueil de données sont habituellement destinées à être dépouillées à l'intérieur même de l'unité fonctionnelle. Dans tous les cas, il faut veiller à ce que les règles d'accès à l'information, son utilisation et le secret professionnel soient parfaitement respectés. Une fiche de dépouillement des résultats pour chaque observation est présentée en annexe.

Le dépouillement de chaque fiche consiste à vérifier si chacun des 23 critères est atteint, non atteint ou non applicable. Ensuite, le taux de réalisation exprimé en pourcentage, critère par critère, est calculé pour l'ensemble des observations réalisées durant l'audit. Une fiche de dépouillement pour les observations d'une unité fonctionnelle est présentée en annexe. L'ensemble des observations de l'établissement, critère par critère, peut être présenté sous forme d'histogrammes. Ils facilitent leur interprétation et la mise en évidence des écarts avec le standard.

L'importance de la taille des écarts n'est pas toujours représentative d'une non-qualité, c'est plutôt le caractère inacceptable de l'écart qui doit être apprécié.

5. **Analyse des résultats**

Cette étape est à considérer comme une des étapes clé de l'audit car la pertinence des mesures correctives à mettre en œuvre en dépend. Elle requiert donc une méthode de travail qui permet d'examiner les résultats obtenus et de guider la réflexion vers la recherche d'améliorations possibles.

L'organisation de réunions rassemblant si possible tous les acteurs susceptibles de fournir des éléments de compréhension des résultats est à prévoir. Tous les documents utilisés et produits pendant la phase de recueil seront utiles.

Il faut procéder à une sélection des critères pour mettre en évidence les points forts et les points faibles des pratiques au vu des résultats obtenus. Il ne faut pas minimiser les bons résultats, car il est important et motivant de constater ce qui est bien fait, d'autant que le niveau d'exigence des critères est élevé.

Selon la taille des écarts, leur degré de gravité et leur potentiel d'amélioration, un ordre de priorité est à définir avant de procéder à l'analyse des causes.

L'important est de s'appuyer sur des faits caractérisant le problème.

À cet égard, l'utilisation d'outils de la qualité présente l'intérêt de guider la recherche des causes. Par exemple, la démarche « résolution de problème » peut se révéler un outil efficace pour franchir les étapes allant de la description du problème jusqu'à l'application des solutions.

L'analyse des causes des écarts peut mettre en évidence la nécessité d'**actions correctives** de nature technique, organisationnelle ou de savoir-faire professionnel.

6. **Élaboration des recommandations et suivi**

Les recommandations doivent faire l'objet d'un plan d'action détaillé qui précise les points à améliorer, les objectifs à atteindre par ordre de priorité, les actions à mettre en œuvre, les professionnels ou services logistiques, administratifs et médicaux impliqués, les moyens nécessaires, les délais de réalisation et les **indicateurs** de résultats.

Les recommandations doivent être validées par les instances de l'établissement afin que les plans d'action soient effectivement réalisés.

Un rapport de l'audit clinique est rédigé pour être diffusé aux responsables des unités fonctionnelles, aux instances, et être mis à disposition des professionnels qui conduisent d'autres démarches qualité. Un tel document sert aussi à thésauriser l'expérience acquise. Sa diffusion à l'extérieur de l'établissement ne peut être réalisée sans réflexion préalable.

Afin d'évaluer l'impact des améliorations mises en place, un second audit doit être réalisé de façon impérative. Il faudra prévoir la période de réévaluation et définir les critères dont l'évolution signera l'effet favorable des plans d'action.

Si la sécurité du patient est en cause, les actions d'amélioration qui s'imposent doivent être réévaluées rapidement.

Chapitre 4

LE RÉFÉRENTIEL

1. Les données concernant l'identité, les date et heure de début et de fin de MCI sont renseignées.
2. Si le patient vient d'une autre unité de soins, dans le cadre de ce qui est appelé un prêt de chambre d'isolement, le dossier du patient et toutes les informations nécessaires sont fournies, en temps utile.
3. La MCI est réalisée sur prescription médicale, d'emblée ou secondairement. Dans ce dernier cas, la prescription doit être réalisée dans l'heure qui suit le début de l'isolement.
4. L'isolement initial et chaque renouvellement éventuel sont prescrits pour une période maximale de 24 heures.
5. Le trouble présenté par le patient correspond aux indications de MCI et il n'y a pas d'utilisation à titre non thérapeutique.
6. Les contre-indications somatiques de la MCI sont identifiées et notées.
7. Les facteurs de risque éventuels (suicide, automutilation, confusion, risques métaboliques, médicamenteux et liés à la thermorégulation) sont repérés et un programme spécifique de surveillance et de prévention est mis en place.
8. La conformité de la MCI avec la modalité d'hospitalisation est examinée lors de la prescription.
9. L'absence de tout objet dangereux est vérifiée dans la CI ainsi que sur le patient. En cas d'existence d'un objet dangereux, les mesures adaptées sont prises.
10. L'entrée et la sortie du patient sont signalées aux services de sécurité incendie en temps réel.

11. La MCI est effectuée dans des conditions de sécurité suffisantes pour le patient et l'équipe de soins.
12. Le patient reçoit les explications nécessaires sur les raisons, les buts et les modalités de mise en œuvre de l'isolement. La nécessité d'informer l'entourage est examinée.
13. En cas de recours à la contention physique, celle-ci est réalisée avec les matériels adéquats, en toute sécurité pour le patient et en tenant compte de son confort.
14. Une visite médicale est assurée dans les deux heures qui suivent le début de l'isolement.
15. Le patient bénéficie d'au moins deux visites médicales par jour.
16. Le rythme programmé de surveillance de l'état psychique est respecté.
17. Le rythme programmé de surveillance de l'état somatique est respecté.
18. La surveillance biologique prescrite est réalisée.
19. Le séjour du patient en CI est interrompu par des sorties de courte durée, durant la journée.
20. Un entretien centré sur le vécu du patient en CI est réalisé à la fin du processus.
21. L'hygiène du patient est assurée durant toute cette phase de soins.
22. L'état de propreté de la chambre est vérifié au moins deux fois par jour.
23. Les documents (feuille de surveillance, rapport d'accident ...) sont intégrés au dossier du patient.

PRÉSENTATION DÉTAILLÉE DU RÉFÉRENTIEL

Critère 1 :

Les données concernant l'identité du patient, les date et heure de début et fin de MCI sont renseignées.

Étape du processus :

Début et fin du processus d'isolement.

Nature du critère :

Critère de processus.

Objectif qualité :

Identification du patient, de l'unité fonctionnelle et des limites temporelles du processus.

Standard :

100 %.

Exception :

Aucune exception.

Recueil des données :

Les données suivantes sont à renseigner :

- nom de l'unité
- nom du patient - prénom
- âge - sexe
- patient de l'unité - d'une autre unité
- du même secteur - d'un autre secteur
- date d'admission
- modalité d'hospitalisation
- date et heure de début et de fin de MCI.

Traitement des données :

Toutes les données doivent être renseignées pour que le critère soit considéré comme atteint.

Résultats :

Critère théoriquement facile à atteindre. En pratique, l'heure de fin de MCI est la donnée qui fait le plus souvent défaut.

Critère 2 :

Si le patient vient d'une autre unité de soins, dans le cadre de ce qui est appelé un prêt de CI, le dossier du patient et toutes les informations nécessaires sont fournies, en temps utile.

Étape du processus :

Les informations sont à fournir dès l'accompagnement du patient en CI.

Nature du critère :

Critère de processus.

Objectif qualité :

Accessibilité des professionnels à l'information pour assurer la continuité et la sécurité des soins.

Standard :

100 %.

Exception :

Aucune exception.

Si le malade ne vient pas d'une autre unité de soins, le critère est « non applicable ».

Recueil des données et mesure :

Le critère est rempli si le dossier du patient a été transmis dans les 12 heures qui ont suivi son arrivée dans l'unité fonctionnelle et si les informations ont été suffisantes et transmises en temps utile à l'équipe de soins. Le seuil de 12 heures peut être abaissé pour la réévaluation si le standard est atteint d'emblée à la première évaluation ; l'objectif ultime est que pour 100 % des patients isolés, le dossier et l'information soient transmis sans délai.

Résultats :

Ils dépendent de l'organisation de la transmission des informations et des dossiers dans l'établissement. Il s'avère que la transmission des dossiers n'est pas encore une règle constamment appliquée.

Acceptabilité du critère :

Accepté très favorablement par les infirmiers, certains responsables médicaux sont encore réticents pour « prêter » leurs dossiers.

Critère 3 :

La MCI est réalisée sur prescription médicale, d'emblée ou secondairement. Dans ce dernier cas, la prescription doit être réalisée dans l'heure qui suit le début de l'isolement.

Étape du processus :

La prescription médicale est l'étape initiale du processus en dehors des situations d'urgence, sinon elle vient confirmer la décision prise par les infirmier(e)s.

Nature du critère :

Critère de processus.

Objectifs qualité :

Vérifier qu'une prescription médicale initie le processus d'isolement, et que cette modalité thérapeutique est appropriée à l'état clinique du patient en se fondant sur le jugement clinique d'un médecin.

Références :

- Circulaire N° 93-48 DGS/SP 3 du 19 juillet 1993 : « Indication posée par un médecin » (3).
- Circulaire DGS/DH n° 387 du 15 septembre 1989 relative au mode d'exercice de la profession d'infirmière dans les établissements de santé, chapitre II : « Les actes prescrits par le médecin » (22).
- Code de déontologie médicale, art. 34 : « Le médecin doit formuler ... » (23).
- *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (19).

Standard :

100 %.

Exception :

Aucune exception.

Recueil de données et mesure :

Le recueil repose sur l'enregistrement de la prescription médicale, de la date, de l'heure et de la signature du médecin, soit dans le dossier du patient, soit sur une feuille de surveillance et de suivi journalière.

Traitement des données :

Demande la recherche de la trace écrite de la prescription médicale qui doit être horodatée et signée, dans les documents (dossier médical et infirmier du patient, feuille de surveillance).

Ce critère est évalué seulement à partir de la trace écrite de la prescription médicale et de la présence de la date et de la signature médicale.

Commentaire :

Si la MCI est programmée de façon séquentielle, tenir compte de la présence ou non de la prescription médicale initiale.

Acceptabilité du critère :

Très élevée quant à la nécessité d'une prescription médicale, moindre quant à la signature médicale.

Critère 4 :

L'isolement initial et chaque renouvellement éventuel sont prescrits pour une période maximale de 24 heures.

Étape du processus :

Prescription médicale.

Nature du critère :

Critère de processus.

Objectif qualité :

L'isolement est un soin intensif, souvent prescrit en urgence, dont la reconduction doit se faire par période de 24 heures et dont la durée totale doit être la plus réduite possible.

Références :

- Circulaire Veil du 19 juillet 1993 : « Si le placement d'un patient dans une unité fermée ..., il doit pouvoir être remis en cause à tout moment en fonction de l'évolution de l'état de santé du patient. » (3)

- *American Psychiatric Association* : « Pour la plupart des états, la durée maximale de chaque épisode d'isolement ne doit pas excéder 24 heures. » (11)

Les recommandations de l'APA démontrent un niveau d'exigence élevé dans ce domaine, très éloigné des pratiques en France.

Données à recueillir :

Le recueil repose sur l'enregistrement de chaque prescription médicale dans les documents, durant tout le processus d'isolement, sur la durée totale de l'isolement.

Traitement des données :

Difficulté relative, car nécessite une recherche dans les documents d'enregistrement de la trace écrite des prescriptions médicales qui ont initié et prolongé le séjour du patient en CI.

Le critère est atteint si pour chaque phase de 24 heures, une prescription médicale a été rédigée.

Acceptabilité du critère :

Le libellé du critère a été modifié en 1996 pour bien préciser la périodicité de 24 heures du renouvellement.

Dans cette mesure, l'acceptabilité du critère n'a pas été évaluée.

Critère 5 :

Le trouble présenté par le patient correspond aux indications de MCI et il n'y a pas d'utilisation à titre non thérapeutique.

Étape du processus :

Décision d'isolement et prescription médicale.

Nature du critère :

Critère de processus.

Objectif qualité :

Évaluation du caractère approprié de l'isolement en vérifiant que l'isolement est justifié par l'état clinique du patient et réalisé dans un contexte thérapeutique.

Références :

- *American Psychiatric Association* (11).
- Décret infirmier 93-221 du 16 février 1993, art. 26 : « L'infirmier agit en toute circonstance dans l'intérêt du patient. » (24)

- Circulaire Veil du 19 juillet 1993 : «si le placement du patient au sein d'une unité fermée ... indication posée par un médecin et non relever d'une simple commodité de service. » (3)
- L'étude de Gutheil en 1980 (25).

Recueil de données :

Se fonde sur les données suivantes à recueillir :

- Indications
 1. Prévention d'une violence imminente du patient envers lui-même ou autrui alors que les autres moyens de contrôle ne sont ni efficaces ni appropriés.
 2. Prévention d'un risque de rupture thérapeutique alors que l'état de santé impose les soins.
 3. Isolement intégré dans un programme thérapeutique.
 4. Isolement en vue d'une diminution des stimulations.
 5. Utilisation à la demande du patient.
- Contre-indications
 6. Utilisation de la CI à titre de punition.
 7. État clinique ne nécessitant pas un isolement.
 8. Utilisation uniquement pour réduire l'anxiété de l'équipe soignante ou pour son confort.
 9. Utilisation uniquement liée au manque de personnel.

Traitement des données :

Aucune difficulté.

Le critère est rempli si la MCI est justifiée par au moins une des indications et qu'il n'y a pas d'utilisation de CI à titre non thérapeutique.

Acceptabilité du critère :

Malgré l'acceptabilité élevée de ce critère, les résultats de l'audit indiquent que les pratiques n'atteignent pas encore 100 % de conformité pour ce critère. Même faible, le taux de non-conformité est à considérer.

Critère 6 :

Les contre-indications somatiques de la MCI sont identifiées et notées.

Étape du processus :

Décision d'isolement et prescription médicale.

Nature du critère :

Critère de processus.

Objectif qualité :

Vérifier que les risques liés à l'état de santé somatique ont été identifiés et évalués, que l'isolement est approprié à l'état de santé du patient en tenant compte de sa sécurité.

Références :

- *American Psychiatric Association* (11).
- Décret n° 95-100 du 6 septembre 1995, Code de déontologie médicale (23) :
Art. 8 : « ... le médecin ... doit limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins. Il doit tenir compte des avantages, inconvénients et des conséquences des différentes investigations et thérapeutiques possibles. »
Art. 40 : « Le médecin doit s'interdire, dans les investigations et interventions qu'il pratique, comme dans les thérapeutiques qu'il prescrit, de faire courir au patient un risque injustifié. »
- Décret infirmier 93-221 du 16 février 1993 (24), art. 29 : « L'infirmier communique au médecin prescripteur toute information en sa possession susceptible de concourir à l'établissement du diagnostic ou de permettre une meilleure adaptation du traitement en fonction de l'état de santé du patient et de son évolution. »

Standard :

100 %.

Exception ou commentaire :

La CI possède un niveau de médicalisation élevé et son utilisation peut être adaptée aux soins somatiques. Cette adéquation n'est possible que si les soins et la surveillance ne sont pas gênés par le processus d'isolement.

Recueil des données :

Se fonde sur les données suivantes à renseigner :

- Affection organique non stabilisée (diagnostic, pronostic, suffisamment incertains ou graves pour nécessiter des soins et une surveillance intenses)
 1. Insuffisance cardiaque.
 2. État infectieux.
 3. Trouble de la thermorégulation.
 4. Trouble métabolique.
 5. Trouble orthopédique.

6. Atteinte neurologique.
- Risque toxique
 7. Drogue.
 8. Alcool.
 9. Suspicion de surdosage médicamenteux volontaire.

Traitement des données :

Aucune difficulté.

Résultat :

Le critère est jugé rempli si aucune contre-indication somatique n'est repérée ou si le niveau de médicalisation de la CI permet la surveillance et les soins du problème somatique.

Acceptabilité du critère :

Élevée car garantit un niveau de sécurité pour le patient, mais parfois difficile à appliquer face aux conduites violentes.

De plus, les risques toxiques sont reconnus parfois comme des contre-indications relatives, mais non absolues.

Critère 7 :

Les facteurs de risque éventuels (suicide, automutilation, confusion, risques métaboliques, médicamenteux et liés à la thermorégulation) sont repérés et un programme spécifique de surveillance et de prévention est mis en place.

Étape du processus :

Décision de mise en CI et prescription de la surveillance et des soins.

Nature du critère :

Critère de processus.

Objectif qualité :

Identifier les risques liés à l'état de santé mentale du patient pour adapter la surveillance et les soins, afin de garantir un niveau de sécurité en situation d'isolement.

Références :

- Code de déontologie médicale : art. 8, art. 40. (23)
- Décret infirmier n° 93-345 du 15 mars 1993 (26), art. 1 : « Les soins infirmiers ont pour objet ... de participer à la surveillance clinique des patients et à la mise en œuvre des thérapeutiques. »

Standard :

100 %.

Exception :

Aucune exception.

Recueil des données :

- Repérer et noter l'existence des risques suivants :
 - risque suicidaire
 - " d'automutilation
 - " de confusion
 - " lié au traitement
 - " métabolique
 - température ambiante dans la CI \leq à 19 °C ou \geq à 25 °C.
- Si un risque est identifié, noter le programme de surveillance et de prévention mis en place.

Traitement des données :

Difficile car requiert une recherche dans les dossiers de l'enregistrement de la réalisation d'un programme de surveillance en lien avec le risque identifié.

Le critère est rempli si aucun risque n'est identifié ou si un programme de surveillance et de prévention a été mis en œuvre pour prévenir les conséquences liées au risque identifié.

Acceptabilité du critère :

Si l'acceptabilité est réelle, l'application stricte est conditionnée par l'existence de procédures de surveillance et de prévention pour chaque risque identifié.

Critère 8 :

La conformité de la MCI avec la modalité d'hospitalisation est examinée lors de la prescription.

Étape du processus :

Lors de la prescription médicale.

Nature du critère :

Critère de processus.

Objectif qualité :

Examiner la nécessité de modifier la modalité d'hospitalisation, la décision revenant aux professionnels de santé.

Référence :

- Réglementaire : circulaire du 19 juillet 1993 (3).

Standard :

100 %.

Exception :

Aucune exception.

Recueil des données :

Il est nécessaire de disposer d'une trace écrite de l'examen de la conformité.

Commentaire :

Le critère s'intéresse au processus, c'est-à-dire à l'examen de la nécessité de modifier le mode d'hospitalisation et non au résultat, c'est-à-dire à la modification effective du mode de placement ; celle-ci est laissée à l'appréciation des professionnels.

Acceptabilité du critère :

Le lien entre mode d'hospitalisation sous contrainte et mise en chambre d'isolement n'est pas toujours fait et la circulaire fait l'objet de lectures et interprétations diverses.

Critère 9 :

L'absence de tout objet dangereux est vérifiée dans la CI ainsi que sur le patient. En cas d'existence d'un objet dangereux, les mesures adaptées sont prises.

Étape du processus :

Vérification de sécurité.

Nature du critère :

Critère de processus.

Objectif qualité :

Prévenir toute possibilité d'accident pour le patient et les professionnels par l'utilisation d'un objet potentiellement dangereux.

Référence :

- Guide du service infirmier n°12.

Norme de qualité pour la pratique des soins infirmiers : (27)

« Les soins infirmiers dispensés préviennent les risques, garantissent la sécurité du patient et prennent en compte son confort. »

Standard :

100 %.

Exception :

Aucune.

Recueil des données et mesure :

Le recueil des données s'effectue après l'accompagnement du patient en CI.

Traitement des données :

Pas de difficulté.

Résultats :

Les résultats sont très proches du standard attendu.

Acceptabilité du critère par les professionnels :

Excellente, car ce danger est bien connu.

Critère 10 :

L'entrée et la sortie du patient sont signalées aux services de sécurité incendie en temps réel.

Étape du processus :

Début et fin du processus.

Nature du critère :

Critère de processus.

Objectif qualité :

Informé le service de sécurité incendie de la présence d'un patient en CI afin qu'en cas d'incendie, toutes les mesures soient mises en œuvre pour porter secours aux patients en CI ou à l'inverse, qu'aucun risque ne soit pris par l'équipe de sécurité pour accéder à une chambre non occupée. Il vise la sécurité du patient et des professionnels.

Standard :

100 %.

Exception :

En cas d'absence de service de sécurité incendie dans l'établissement, le critère est « non applicable ».

Recueil des données et mesure :

Ce critère nécessite un enregistrement systématique de la transmission de l'information aux services de sécurité pour l'entrée et la sortie du patient.

Le critère est rempli si la présence du patient en CI est signalée aux services de sécurité, en temps réel.

Acceptabilité de ce critère :

Bien que cette mesure soit reconnue comme améliorant la sécurité du patient et des professionnels, l'atteinte du standard dépend d'une modification de l'organisation.

Critère 11 :

La MCI est effectuée dans des conditions de sécurité suffisantes pour le patient et l'équipe de soins.

Étape du processus :

Accompagnement du patient en CI.

Nature du critère :

Critère de ressource, de processus et de résultat.

Objectif qualité :

Juger si les ressources humaines et les méthodes utilisées ont permis de réaliser la MCI dans des conditions de sécurité satisfaisantes pour le patient et l'équipe de soins.

Standard :

100 %.

Exception :

Aucune exception.

Recueil des données :

L'appréciation du critère se fonde sur les données suivantes :

1. Une intervention verbale suffit.
2. Une intervention physique est nécessaire.
3. Nombre de personnes présentes lors de la MCI.
4. Appel à des renforts.
5. Délai entre appel et arrivée.
6. Renforts suffisants.
7. Y a-t-il eu un accident ou incident ?
8. La MCI s'est-elle effectuée dans des conditions de sécurité suffisantes pour le patient et l'équipe de soins ?

La donnée 8 sera renseignée par « oui » ou « non », par les soignants qui devront orienter leur jugement à l'aide des réponses préalablement faites aux données de 1 à 7. Néanmoins, si le délai entre l'appel et l'arrivée des renforts est jugé trop élevé ou si un incident survient, le critère n'est pas rempli.

Traitement des données :

Aucune difficulté si une réponse est apportée à la donnée 8.

Acceptabilité du critère :

Bonne acceptabilité du critère qui est très proche de l'évaluation spontanée faite par l'équipe de soins après chaque accompagnement.

Critère 12 :

Le patient reçoit les explications nécessaires sur les raisons, les buts et les modalités de mise en œuvre de l'isolement. La nécessité d'informer l'entourage est examinée.

Étape du processus :

Lors de l'accompagnement en CI et lors des actes de soins et de surveillance.

Standard :

100 %.

Nature du critère :

Critère de processus.

Objectif qualité :

Délivrer au patient une information accessible et loyale.

Si le patient ne participe pas toujours à la décision d'être isolé, une information claire et précise sur cette modalité de soin lui permet de participer au soin.

Exception :

Aucune exception car le patient doit recevoir une information adaptée à son état de santé. La nécessité d'informer l'entourage du patient doit être appréciée par l'équipe soignante.

Références :

Réglementaires qui stipulent l'obligation d'informer le patient sur les modalités de soins qu'il reçoit :

- Art. 36 du Code de déontologie professionnelle sur le consentement de la personne soignée, décret portant Code de déontologie médicale (23) ;
- Décret de soins infirmiers (26) ;
- Loi portant réforme hospitalière (28, 29) ;
- Charte du patient hospitalisé (30).

Recueil des données et mesure :

Il est nécessaire que le professionnel qui informe le patient et son entourage le note sur le dossier du patient (médical ou infirmier).

L'atteinte du standard dépend de la politique d'information des patients et de leur entourage dans les établissements.

Le critère est rempli si le patient est informé et si la nécessité d'informer l'entourage est examinée.

Acceptabilité du critère :

L'acceptabilité de ce critère par les professionnels est modérée, particulièrement pour l'information de l'entourage. Le standard est difficile à atteindre.

Critère 13 :

En cas de recours à la contention physique, celle-ci est réalisée avec les matériels adéquats, en toute sécurité pour le patient et en tenant compte de son confort.

Étape du processus :

À tout moment durant le processus d'isolement.

Nature du critère :

Critère de ressource - matériel de contention.

Critère de processus.

Critère de résultat - sécurité - confort.

Objectif qualité :

Mesurer le caractère adapté du matériel de contention et le caractère approprié du processus de contention. La façon de réaliser la contention physique (position du patient, durée de la contention) et le matériel de contention doivent garantir le confort et la sécurité du patient.

Standard :

100 %.

Exception :

Aucune exception.

Le critère est « non applicable » s'il n'y a pas de recours à la contention physique lors de l'isolement.

Recueil des données :

L'atteinte ou non du critère se fonde sur des éléments subjectifs et objectifs. Les données suivantes sont à recueillir :

1. Contention au lit.
2. Contention mobile.
3. Préciser la nature du matériel utilisé.
4. Ce matériel est adéquat en termes de sécurité pour le patient.
5. Ce matériel est adéquat en termes de confort pour le patient.

Traitement des données :

Aucune difficulté.

Le critère est rempli si le matériel est jugé à la fois adapté à la sécurité et au confort du patient.

Acceptabilité du critère :

Bonne acceptabilité du critère.

Critère 14 :

Une visite médicale est assurée dans les deux heures qui suivent le début de l'isolement.

Étape du processus :

Phase de surveillance et de soins.

Nature du critère :

Critère de processus.

Objectif qualité :

Cette visite a pour but de vérifier que le patient supporte l'isolement, ne s'aggrave pas cliniquement et que la modalité de soins choisie reste adéquate.

La réalisation systématique de cette visite s'inscrit dans une démarche préventive des dysfonctionnements.

Standard :

100 %.

Exception :

L'indication médicale ayant été posée, le patient reste en CI moins d'une heure.

Référence :

American Psychiatric Association.

Recueil de données :

Nécessite l'enregistrement de la visite médicale sur les documents en usage dans l'établissement.

Traitement des données :

Cette visite est différente de celle qui a eu lieu pour la prescription de l'isolement.

Acceptabilité du critère :

Ce critère est bien accepté dans son principe par l'ensemble des professionnels. La réalisation de cette visite est conditionnée par la présence médicale qui est inégale selon les périodes, matin, après-midi, nuit, fin de semaine.

Critère 15 :

Le patient bénéficie d'au moins deux visites médicales par jour.

Étape du processus :

Suivi et surveillance médicale du patient.

Nature du critère :

Critère de processus.

Objectif qualité :

La réalisation de deux visites médicales est conforme à la notion de « soin psychiatrique intensif » souvent citée à propos de l'isolement thérapeutique. L'objectif est de suivre très précisément l'évolution clinique du patient, d'interrompre l'isolement dès que possible, c'est-à-dire avec la même probabilité quel que soit le jour de la semaine. Ce suivi peut être assuré par d'autres médecins que le psychiatre traitant.

Références :

- *American Psychiatric Association* (11).
- L'ouvrage de Duguet (20).

Standard :

100 %.

Exception :

Aucune exception.

Pour les journées incomplètes d'isolement, il doit y avoir au moins une visite médicale par demi-journée.

Recueil des données et mesure :

La mesure de ce critère impose de programmer les visites médicales et de vérifier leur réalisation.

Traitement des données :

Le critère est rempli si toutes les visites ont été réalisées. Si le taux est faible il est utile de calculer le pourcentage de visites réalisées.

Acceptabilité du critère par les professionnels :

Ce critère, très acceptable dans son principe, a un taux de réalisation éloigné du standard, surtout pour les patients isolés en fin de semaine. Si l'analyse des résultats met en évidence qu'une seule visite quotidienne n'est pas effectuée constamment, il semble approprié que l'établissement se fixe cette amélioration comme objectif.

Critère 16 :

Le rythme programmé de surveillance de l'état psychique est respecté.

Étape du processus :

Phase de programmation des soins et de la surveillance.

Nature du critère :

Critère de processus.

Objectif qualité :

Vérifier que la surveillance de l'état psychique prévue a pu être réalisée. Ce critère prend en compte la sécurité du patient et la continuité des soins.

Références :

- *L'American Psychiatric Association* (11) et la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (19) préconisent une surveillance toutes les 15 minutes au minimum .
- Décret 93-345 du 15 mars 1993 relatif à l'exercice de la profession infirmière, art. 1 : « Les soins infirmiers ... ont pour objet de participer à la surveillance clinique des patients ... » (26)
- Circulaire Veil du 19 juillet 1993 (Annexe 1) : « ... les établissements habilités à recevoir des malades hospitalisés à la demande d'un tiers ... comportent une organisation des services et du personnel qui garantit une surveillance vigilante des malades hospitalisés d'office ou à la demande d'un tiers. » (3)

Exception :

Aucune exception.

Standard :

100 %.

Recueil des données :

Le recueil repose d'une part, sur la programmation préalable de tous les actes de surveillance par période de 24 heures, et d'autre part, sur l'enregistrement de la réalisation de chaque acte effectué.

Traitement des données :

Difficulté élevée, car le traitement demande une recherche attentive et rigoureuse de l'enregistrement de la programmation et de la réalisation des actes de surveillance dans les documents prévus à cet effet.

Juger si le critère est rempli revient à apprécier l'écart entre la programmation et la réalisation des actes de surveillance. Ce jugement porte sur le respect du rythme de surveillance pendant toute la durée d'isolement.

Acceptabilité du critère par les professionnels :

Modérée, car la programmation de la surveillance n'est pas une pratique généralisée et la traçabilité des actes réalisés n'est pas exhaustive.

Critère 17 :

Le rythme programmé de surveillance de l'état somatique est respecté.

Étape du processus :

Phase de programmation de la surveillance et phase de soins.

Nature du critère :

Critère de processus.

Objectif qualité :

Vérifier que la surveillance de l'état somatique prévue a pu être réalisée. Ce critère prend en compte la sécurité du patient et la continuité des soins.

Références :

- Décret infirmier n° 93-345 du 15 mars 1993, art. 1 et art. 3 (26).
- L'étude de Begin (31).

Standard :

100 %.

Exception :

Aucune exception.

Recueil des données :

Le recueil repose, d'une part sur la programmation préalable de tous les actes de surveillance pour un patient sur une période de 24 heures et d'autre part, sur l'enregistrement de la réalisation de chaque acte effectué.

Traitement des données :

Difficulté élevée, car le traitement demande une recherche attentive et rigoureuse de l'enregistrement de la programmation et de la réalisation des actes de surveillance dans les documents prévus à cet effet.

Juger si le critère est rempli revient à apprécier l'écart entre la programmation et la réalisation des actes de surveillance. Ce jugement porte sur le respect du rythme de surveillance pendant toute la durée de l'isolement.

Critère 18 :

La surveillance biologique prescrite est réalisée.

Étape du processus :

Phase de prescription et phase de soins.

Nature du critère :

Critère de processus.

Objectif qualité :

Vérifier que la surveillance biologique prévue a pu être réalisée. La sécurité du patient est prise en compte.

Référence :

Décret infirmier n° 93-221, art. 29 (24).

Standard :

100 %.

Exception :

Aucune exception.

Recueil des données et mesure :

Repose sur l'enregistrement de la prescription médicale précisant les examens biologiques à effectuer et sur l'enregistrement de la réalisation de ces examens.

Traitement des données :

Le traitement des données demande une recherche de la réalisation d'examens biologiques programmés dans les dossiers des patients.

Critère rempli si tous les examens programmés ont pu être réalisés.

Commentaires :

Constat : la prescription d'examens biologiques est rare lors de l'isolement.

Acceptabilité du critère par les professionnels :

Bonne acceptabilité par les professionnels.

Critère 19 :

Le séjour du patient en CI est interrompu par des sorties de courte durée, durant la journée.

Étape du processus :

Phase de soins et de surveillance.

Nature du critère :

Critère de processus.

Objectif qualité :

Réduire l'atteinte aux libertés d'aller et venir, limiter les effets psychologiques négatifs de l'isolement, limiter les effets somatiques liés à l'immobilisation physique notamment en cas de contention physique.

Standard :

100 %.

Exception :

Ce critère peut être considéré comme « non applicable » seulement en raison de l'état de santé du patient et si la durée de l'isolement est inférieure à une demi-journée.

Recueil des données et mesure :

Les sorties du patient doivent être enregistrées par écrit afin de pouvoir vérifier en fin d'isolement si des sorties ont été réalisées.

Traitement des données :

Aucune fréquence minimale de sortie ne peut être proposée à l'heure actuelle. Seule, l'équipe soignante, en regard des besoins du patient mis en CI, peut programmer une fréquence et vérifier si elle a pu être respectée. Le traitement repose sur la qualité des informations enregistrées dans le dossier du patient concernant ces sorties.

Résultat :

Ce critère nécessite une grande disponibilité de l'équipe infirmière et il peut être difficile à atteindre si le patient mobilise un effectif important pour chaque sortie.

Acceptabilité du critère par les professionnels :

L'acceptabilité est élevée car ce critère se fonde sur une pratique fréquente. La réalisation systématique des sorties révèle un niveau élevé d'exigence de qualité.

Critère 20 :

Un entretien centré sur le vécu du patient en CI est réalisé à la fin du processus d'isolement.

Étape du processus :

Dans les heures qui suivent la fin de l'isolement.

Nature du critère :

Critère de processus.

Objectif qualité :

Permettre au patient d'exprimer son vécu lors de l'isolement et apprécier sa tolérance.

Références :

- Les études de Begin et Kalogjera (31, 32).

Standard :

100 %.

Exception :

Aucune exception.

Recueil des données et mesure :

Les données sont les traces écrites de cet entretien.

Traitement des données :

Ne pose pas de difficulté.

Acceptabilité du critère par les professionnels :

Élevée sur la nécessité de prendre en compte le vécu du patient en CI. La contribution systématique des psychologues à cette prise en charge nécessite une modification de l'organisation.

Critère 21 :

L'hygiène du patient est assurée durant toute cette phase de soins.

Étape du processus :

Phase de surveillance et de soins.

Nature du critère :

Critère de résultat.

Objectif qualité :

Assurer les soins d'hygiène du patient lors du séjour en CI.

Références :

- Décret infirmier n° 93-345 du 15 mars 1993, art. 3 : « ... l'infirmier accomplit les actes et dispense les soins infirmiers suivants : soins d'hygiène corporelle et de propreté. » (26)
- L'étude de Norris (33).

Standard :

100 %.

Exception :

Aucune exception.

Recueil des données :

Ces données, habituellement recueillies dans le dossier de soins infirmiers, peuvent aussi être enregistrées sur le document spécifique pour l'isolement thérapeutique.

Traitement des données :

Aucune difficulté.

Acceptabilité du critère :

Élevée.

Critère 22 :

L'état de propreté de la chambre est vérifié au moins deux fois par jour.

Étape du processus :

Phase de surveillance et de soins.

Nature du critère :

Critère de processus.

Objectif qualité :

Vérifier que les conditions d'isolement (les locaux précisément) répondent à des exigences de propreté.

Référence :

L'étude de Norris (33).

Standard :

100 %.

Exception :

Le critère est « non applicable » si le patient est resté moins de 12 heures en CI.

Recueil des données :

Enregistrement de ce contrôle biquotidien sur les documents prévus à cet effet.

Traitement des données :

Aucune difficulté.

Le critère est rempli si le contrôle de l'état de propreté de la CI a été effectué au moins deux fois par jour.

Acceptabilité du critère :

Critère jugé sévère par les professionnels car souvent le nettoyage est prévu pour être quotidien et non biquotidien.

Critère 23 :

Les documents (feuille de surveillance, rapport d'accident...) sont intégrés au dossier du patient.

Étape du processus :

Sortie du patient de CI et fin d'isolement.

Nature du critère :

Critère de processus.

Objectif qualité :

L'intégration de ces documents dans le dossier du patient indique que l'isolement est une séquence de soins à part entière dont les effets positifs, négatifs et les accidents ou incidents doivent être enregistrés.

Référence :

ANDEM - Évaluation de la tenue du dossier du malade (18).

Standard :

100 %.

Exception :

Aucune exception.

Recueil des données :

Nécessite une revue systématique des dossiers pour vérifier que l'ensemble des fiches et documents utilisés lors du séjour en CI sont intégrés.

Traitement des données :

Difficile, s'il n'a pas été établi une liste des documents à remplir lors d'un isolement.

Acceptabilité du critère :

Bonne acceptabilité car le respect de ce critère permet de disposer d'informations supplémentaires lors de la synthèse ou si un nouvel isolement s'avérait nécessaire.

GLOSSAIRE

Action corrective : action entreprise, pour éliminer les causes d'une non-conformité, d'un défaut ou de tout autre événement indésirable existant, pour empêcher leur renouvellement (16).

Critère : un critère est un élément auquel on se réfère pour porter un jugement, une appréciation (5).

Critère explicite : une évaluation par critères explicites constitue une appréciation de la qualité des soins par rapport à une norme reconnue ou déterminée par consensus (34).

Critère de processus : ensemble des activités de soins dont l'exécution est jugée nécessaire pour couvrir les besoins du patient (5).

Critère de ressource : comprend à la fois les éléments logistiques (c'est-à-dire l'architecture adéquate, le matériel) et les éléments d'organisation estimés nécessaires à la délivrance des soins (5).

Critère de résultat : modification apportée à l'état de santé et au confort du patient (5).

Démarche qualité : la démarche qualité a pour objet, à partir de la définition d'une politique et d'objectifs, de gérer et assurer le développement de la qualité en s'appuyant sur un système qualité mis en place et en utilisant divers outils propres à faciliter l'obtention des objectifs fixés (16).

Diagramme cause-effet : arborescence visualisant le problème et ses causes potentielles. Les causes sont regroupées par famille autour des 5 M : Main-d'œuvre, Matériel, Matière, Méthode et Milieu.

Donnée : élément d'information prêt pour l'analyse.

Écart : différence entre ce qui est et ce qui devrait être.

Exigence de qualité : expression des besoins, ou de leur traduction en un ensemble d'exigences exprimées en termes quantitatifs ou qualitatifs pour les caractéristiques d'une

entité, afin de permettre sa réalisation et son examen. Il est essentiel que les exigences pour la qualité reflètent complètement les besoins exprimés et implicites du client (16).

Indicateur : un indicateur est un outil d'évaluation quantitatif exprimant la prévalence d'un élément du soin ou d'un résultat. On doit le considérer comme un reflet fidèle d'une facette de l'exercice professionnel durant une période définie ou à un moment précis, et non comme une mesure directe de la qualité de soins. (34).

Note : les indicateurs peuvent porter sur les ressources, les processus ou les résultats.

Non-qualité : écart global constaté entre la qualité visée et la qualité effectivement obtenue (35).

Norme : règle, loi ou exemple à quoi on se réfère. Elle explicite clairement la qualité du travail attendu. Elle sert à « asseoir » des seuils de qualité et garantir une sécurité des pratiques.

Procédure : « la procédure est une manière spécifiée d'accomplir une activité. » Elle est exprimée sous forme d'un document écrit qui comporte généralement « ce qui doit être fait et qui doit le faire » ; quand ; où et comment cela doit être fait ; quels matériels, équipements et documents doivent être utilisés ; et comment cela doit être maîtrisé et enregistré (16).

Processus : ensemble de moyens et d'activités liés qui transforme des éléments entrants en élément sortants (16).

Programme d'Amélioration de la Qualité (PAQ) (17) : ensemble de Programmes d'Amélioration de la Qualité conduits au sein des établissements de santé publics et PSPH grâce d'une part, à l'initiative et au soutien financier de la Direction des Hôpitaux et d'autre part, à l'accompagnement méthodologique de l'ANDEM, puis de l'ANAES. À la suite des appels d'offre lancés en 1995 et 1996, 64 projets ont été sélectionnés et réalisés parmi 482 projets soumissionnés. Initialement dénommés « Programmes d'Assurance de la Qualité », l'expérience conduit à privilégier dans un premier temps la gestion de la qualité et son amélioration continue, avant de favoriser le développement de preuves formalisées, qui seules permettent de parler « d'assurance de la qualité ».

Recommandations pour la pratique clinique : propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le malade dans leur décision concernant le caractère approprié des soins dans des circonstances cliniques données (36) .

Référence : élément qui sert de point de départ à une comparaison, pour effectuer un calcul, une évaluation, etc. (source : dictionnaire).

Référentiel : ensemble de références sur lequel il convient de s'appuyer pour conduire une action d'évaluation des pratiques professionnelles, notamment un audit clinique (37).

Standard : valeur attendue pour le critère en l'état actuel des connaissances et des recommandations comme témoin de la qualité des soins. Il représente la valeur souhaitable par opposition à la valeur observée et constitue le niveau de performance à atteindre. Il est exprimé en pourcentage. Cette acception sémantique, qui correspond au cadre de l'audit clinique, n'est pas à confondre avec celle de « standard de qualité » ou de « normes » employés dans le cadre de l'accréditation des établissements de santé. Afin de limiter le risque de confusion, le terme de « valeur cible » peut être proposé pour remplacer celui de « standard » pour l'audit clinique (18).

RÉFÉRENCES

1. Angold A.

Seclusion.

Br J Psychiatry 1989; 154: 437-44.

2. Fisher WA.

Restraint and seclusion : a review of the literature.

Am J Psychiatry 1994; 151: 1584-91.

3. Ministère des Affaires Sociales de la Santé et de la Ville.

Circulaire N°48 D.G.S./SP3/ du 19 juillet 1993 portant sur le rappel des principes relatifs à l'accueil et aux modalités de séjours des malades hospitalisés pour troubles mentaux.

Paris : Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville; 1993.

4. Mason T.

Seclusion theory reviewed : a benevolent or malevolent intervention?

Med Sci Law 1993; 33: 95-102.

5. Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale.

L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. L'audit clinique.

Paris : ANDEM; 1994.

6. Pépier I.

À propos de l'utilisation des chambres d'isolement dans l'institution psychiatrique. Du non-dit à une possibilité d'en parler...une tentative de sortir de l'enfermement.

Dijon : Faculté de Médecine, 11 décembre 1992; Thèse de Médecine; 1992.

7. Charcot JM.

De l'isolement dans le traitement de l'hystérie.

In: *Leçons sur les maladies du système nerveux. Tome III.* Paris : Lecrosnier et Babé; 1890. p.238-52.

8. Wexler DB.

Seclusion and restraint : lessons from the law, psychiatry and psychology.

Int J Law Psychiatry 1982; 5: 285-94.

9. Soloff PH, Gutheil TG, Wexler DB.

Seclusion and restraint in 1985 : a review and update.

Hosp Community Psychiatry 1985; 36: 652-7.

10. Morello R, Riou M, Thouin A.

Les chambres d'isolement en milieu psychiatrique.

Rev Épidemiol Santé Publ 1996; 44: 214-20.

11. American Psychiatric Association.

Seclusion and restraint. The psychiatric uses.

Washington (DC) : APA; 1985 Task Force Report 22.

12. Wadeson H, Carpenter WT.

Impact of the seclusion room experience.

J Nerv Ment Dis 1976; 163: 318-328.

13. Carpenter MD, Hannon VR, McCleery G, Wanderling JA.

Variations in seclusion and restraint practices by hospital location.

Hosp Community Psychiatry 1988; 39: 418-23.

14. Betemps EJ, Buncher CR, Oden M.

Length of time spent in seclusion and restraint by patients at 82 VA Medical Centers.

Hosp Community Psychiatry 1992; 43: 912-4.

15. Way BB, Banks SM.

Use of seclusion and restraint in public psychiatric hospitals: patient characteristics and facility effects.

Hosp Community Psychiatry 1990; 41: 75-81.

16. Association Française de Normalisation.

Gérer et assurer la qualité. Qualité et efficacité des organisations. (6^e édition remplace édition 1994/1995).

Paris : AFNOR; 1996.

17. Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale.

Mise en place d'un programme d'amélioration de la qualité dans un établissement de santé. Principes méthodologiques.

Paris : ANDEM; 1996.

18. Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale.

Évaluation de la tenue du dossier du malade. L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé.

Paris : ANDEM; 1994.

19. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations.

Special Report : restraint and seclusion standards.

Joint Commission Perspectives 1996; 16: 21-34.

20. Duguet AM.

La faute médicale à l'hôpital : analyse commentée de la jurisprudence par un médecin.

Paris : Berger-Levrault; 1994.

21. Kellerman J, Rigler D, Siegel SE.

The psychological effects of isolation in protected environments.

Am J Psychiatry 1977; 134: 563-5.

22. Ministère de la Solidarité de la santé et de la Protection Sociale.

Circulaire DGS/DH/N° 387 du 15 septembre 1989 relative au mode d'exercice de la profession d'infirmière dans les établissements hospitaliers.

Paris : Ministère de la Santé; 1989.

23. Ordre National des Médecins, Conseil National de l'Ordre.

Code de déontologie médicale.

Paris : ONM, CNO; 1995.

24. Ministère de la Santé et de l'Action Humanitaire.

Décret n° 93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières.

Journal Officiel 1993; 18 février: 2646-9.

25. Gutheil TG, Daly M.

Clinical considerations in seclusion room design.

Hosp Community Psychiatry 1980; 31: 268-70.

26. Ministère de la Santé et de l'Action Humanitaire.

Décret n° 93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.

Journal Officiel 1993; 16 mars: 4098-100.

27. Ministère des Affaires Sociales et de l'Intégration, Direction des Hôpitaux.

Normes de qualité pour la pratique des soins infirmiers.

Paris : *Direction des Journaux Officiels*, n° 12 série Soins Infirmiers ; 1991; BO N°91/10bis.

28. Ministère des Affaires Sociales et de l'Intégration.

Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

Journal Officiel 1991; 2 août: 10255-69.

29. Ministère du Travail et des Affaires Sociales.

Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

Journal Officiel 1996; 25 avril: 6324-36.

30. Direction Générale de la Santé, Direction des Hôpitaux.

Circulaire DGS/DH n° 95-22 du 6 mai 1995 relative aux droits des patients hospitalisés et comportant une charte du patient hospitalisé.

Paris: DGS, DH;1995.

31. Begin S.

Isolement et contentions : revue de littérature et focus sur leurs impacts et les normes qui les régissent.

Can J Psychiatrie 1991; 36: 752-9.

32. Kalogjera IJ, Bedi A, Watson WN, Meyer AD.

Impact of therapeutic management on use of seclusion and restraint with disruptive adolescent inpatients.

Hosp Community Psychiatry 1989; 40: 280-5.

33. Norris MK, Kennedy CW.

The view from within : how patients perceive the seclusion process.

J Psychosoc Nurs Ment Health Serv 1992; 30: 7-13.

34. Corporation Professionnelle des Médecins du Québec.

La gestion de la qualité de l'exercice professionnel en établissements.

Montréal : CPMQ; 1994.

35. Association Française de Normalisation.

Management de la qualité et assurance de la qualité vocabulaire. (Remplace avec X 50-125, août 1995

la norme NF X 50-120, septembre 1987).

Paris : AFNOR; 1995.

36. Matillon Y, Durieux P.

L'évaluation médicale : du concept à la pratique.

Paris : Médecine-Sciences Flammarion; 1994.

37. Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale.

Glossaire des termes techniques couramment utilisés par l'ANDEM.

Paris : ANDEM; non publié 1997.

ANNEXES

I-	CIRCULAIRE VEIL	77
II-	DOCUMENTS RELATIFS À LA MISE EN ŒUVRE DE L'AUDIT	77
	• Descriptif sommaire de l'unité de soins	80
	• Description des chambres d'isolement	81
	• Fiche de recueil des données spécifiques à chaque mise en chambre d'isolement	85
	• Exemple de fiche de surveillance médicale	93
	• Exemple de fiche journalière de surveillance et de soins	94

CIRCULAIRE N° 48 DGS/SP3/DU 19 JUILLET 1993

**Reproduction de la CIRCULAIRE VEIL
n° 48 DGS/SP3/ du 19 juillet 1993**

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
DE LA SANTÉ ET DE LA VILLE

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Paris, le 19 juillet 1993

LE MINISTRE D'ÉTAT,
MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES
DE LA SANTÉ ET DE LA VILLE

à

Messieurs les Préfets de Région
Directions régionales des Affaires
sanitaires
et sociales (pour information)

à

Mesdames et Messieurs les préfets de
Département
Directions Départementales des
Affaires et Sociales (pour exécution)

CIRCULAIRE n° 48 D.G.S./SP3/ du 19 juillet 1993 portant sur le rappel des principes relatifs à l'accueil et aux modalités de séjours des malades hospitalisés pour troubles mentaux

Date d'application : **immédiate**

Résumé : principes relatifs aux droits des malades hospitalisés pour troubles mentaux ;

Mots clés : troubles mentaux ; droits des malades hospitalisés ; services ouverts

Textes de références : loi n° 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation ; circulaire n° 90-8 du 28 juin 1990 relative aux modalités d'application de la loi du 27 juin 1990 ; fiches d'information du 13 mai 1991.

A la suite des événements récents qui ont tragiquement affecté des établissements accueillant des malades souffrant de troubles mentaux, je crois devoir vous rappeler les principes relatifs à l'accueil des malades et à leurs modalités de séjour dans les établissements publics ou privés recevant ce public.

La législation française, suivant en cela les recommandations du Conseil de l'Europe, a posé le principe selon lequel l'hospitalisation libre des malades atteints de troubles mentaux, définie par le critère unique du consentement du malade aux soins, devait être la règle et l'hospitalisation forcée l'exception.

I- La loi n° 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux (art. L 326-2 du code de la Santé Publique) donne à ces patients hospitalisés librement les mêmes droits que ceux qui sont reconnus aux malades hospitalisés pour une autre cause. Parmi ces droits figure celui d'aller et venir librement à l'intérieur de l'établissement où ils sont soignés ; cette liberté fondamentale ne peut donc pas être remise en cause s'agissant de personnes qui ont elles-mêmes consenti à recevoir des soins psychiatriques.

Certes les règlements intérieurs peuvent prévoir des modalités particulières de fonctionnement d'un service, mais ces modalités, dont le malade doit être informé, ne sauraient remettre en cause ce principe. Il vous appartient de vous faire communiquer ce règlement et d'en vérifier la conformité aux textes en vigueur.

Un établissement de santé, public ou privé, non habilité ne peut donc recevoir que des malades en hospitalisation libre ; ces derniers ont le droit, sous les réserves liées au bon fonctionnement du service et indiquées plus haut, de circuler librement dans l'établissement et ils ne peuvent en aucun cas être installés dans des services fermés à clef ni a fortiori dans des chambres verrouillées. Si l'évolution de l'état de santé d'un patient jusque là consentant aux soins exige qu'on transforme son mode d'hospitalisation, l'article L 332 du code de la Santé Publique oblige le Directeur de l'établissement à prendre, dans les quarante huit heures, les mesures nécessaires à son transfert dans un autre établissement qui, lui, est habilité à recevoir les malades en hospitalisation sous contrainte.

Toutefois, en cas d'urgence, il peut être possible d'isoler pour des raisons tenant à sa sécurité un malade quelques heures en attendant, soit la résolution de la situation d'urgence, soit la transformation de son régime d'hospitalisation en un régime d'hospitalisation sous contrainte.

II- S'agissant des patients en hospitalisation sous contrainte, l'article L 326-3 du code de la Santé Publique encadre les restrictions qui peuvent être apportées à l'exercice de leurs libertés individuelles en les limitant à « celles nécessitées par leur état de santé et la mise en œuvre de leur traitement ». Le législateur rappelle en outre : « En toutes circonstances, la dignité de la personne hospitalisée doit être respectée et sa réinsertion recherchée ».

Si la placement d'un patient au sein d'une unité fermée peut se révéler indispensable dans certaines circonstances, ces circonstances doivent être exactement appréciées et la durée du placement limitée à ce qui es médicalement justifié. Ainsi l'hébergement d'un malade dans une unité fermée doit-il répondre à une indication posée par un médecin et non pas relever d'une simple

commodité du service ; il doit pouvoir être remis en cause à tout moment en fonction de l'évolution de l'état de santé du patient.

Il convient également d'appeler les personnels des équipes de soins et les personnels de direction à la plus extrême vigilance quant au respect des règles de sécurité et à la surveillance que de tels malades requièrent.

Comme vous le savez, seuls les établissements ayant bénéficié d'une habilitation spécifique conformément à l'article L 331 du code de la Santé Publique peuvent recevoir des malades hospitalisés d'office ou sur demande d'un tiers pour troubles mentaux.

Cette habilitation implique que l'établissement présente des caractéristiques architecturales et comporte une organisation des services et du personnel qui garantissent une surveillance vigilantes des malades hospitalisés d'office ou à la demande d'un tiers.

Il vous appartient de vérifier si les habilitations conférées aux établissements de votre département répondent bien à ces objectifs.

Je vous demande de contrôler, par des visites régulières dans les établissements de votre ressort géographique, le strict respect des principes qui ont été posés par le législateur et de proposer, le cas échéant, les aménagements qui vous semblent indispensables aux responsables de ces établissements.

Simone VEIL

Ce document proposé par l'Agence est destiné à mieux connaître le contexte et les conditions de réalisation de l'isolement. Les informations demandées ne se réfèrent à aucune norme ou règle et sont seulement à visée descriptive.

DESCRIPTIF SOMMAIRE DE L'UNITÉ DE SOIN

DONNÉES GÉNÉRALES CONCERNANT L'UNITÉ DE SOINS (à ne remplir qu'une fois par unité de soins)

Service faisant partie d'un :

CHG CHS
O N* O N

Nom du chef de service :

Désignation de l'unité de soins :

Noms des responsables de l'unité fonctionnelle :

- Médical :
- Infirmier :

Nombre de lits d'hospitalisation temps plein : /---/---/

Nombre de chambres d'isolement : /---/---/

L'unité de soins se situe sur :

1 niveau 2 niveaux 3 niveaux
O N* O N O N

Personnel de l'unité de soins en équivalent temps plein (ETP) :

<i>Médical (interne et FFI inclus)</i>	<i>Hommes</i>	/---/,/---/	<i>Femmes</i>	/---/,/---/
<i>Infirmier :</i>	<i>Hommes</i>	/---/,/---/	<i>Femmes</i>	/---/,/---/
<i>Aide soignant :</i>	<i>Hommes</i>	/---/,/---/	<i>Femmes</i>	/---/,/---/
<i>Agent de service hospitalier :</i>	<i>Hommes</i>	/---/,/---/	<i>Femmes</i>	/---/,/---/
<i>Psychologue :</i>	<i>Hommes</i>	/---/,/---/	<i>Femmes</i>	/---/,/---/

Effectif moyen présent la nuit : /----/

Indicateurs d'activité :

File active en hospitalisation temps plein de l'unité de soins l'année précédente	/---/---/---/
Taux d'occupation des lits, en pourcentage	/---/---/
Durée moyenne de séjour dans l'unité (en jours)	/---/---/, /---/
Nombre de primo admissions dans l'unité de soins l'année précédente	/---/---/---/
Nombre de patients mis en chambre d'isolement l'année précédente	/---/---/---/
Durée moyenne de séjour en isolement (en jours)	/---/---/, /---/
Taux d'occupation de la ou des chambres d'isolement (%)	/---/---/---/

* O : Oui ; N : Non

Ce document proposé par l'Agence est destiné à mieux connaître le contexte et les conditions de réalisation de l'isolement. Les informations demandées ne se réfèrent à aucune norme ou règle et sont seulement à visée descriptive.

**DESCRIPTIF DES CHAMBRES D'ISOLEMENT
(local, équipement, sécurité, organisation)**

(à ne remplir qu'une fois par unité de soins, sauf s'il existe plusieurs chambres d'isolement avec des caractéristiques différentes)

Surface (au sol) :		/---/---/ (m ²)
Nature du sol :	(spécifiez)	
Nature des murs :	(spécifiez)	
Plafond rigide et indémontable :		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> O N
Hauteur sous plafond (en mètres) :		/---/,/---/---/
Ouverture de la porte côté couloir :		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> O N
Porte à serrure 3 points et plus :		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> O N
Ouverture de la fenêtre non accessible au patient :		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> O N
Fenêtre à volet roulant à commande extérieure :		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> O N
Fenêtre équipée d'une grille extérieure :		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> O N
Porte :	simple	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> O N
	double	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> O N
	Avec sas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> O N
Porte suffisamment étanche empêchant le passage des objets		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

dangereux (allumettes...) :		<input type="radio"/>	
N			
Exposition de la chambre :	Nord	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2 réponses possibles)		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Sud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Est	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Ouest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dispositif de mesure de la température dans la chambre :		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Climatisation :	Installée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si oui	Efficacité suffisante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Climatisation réglable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ventilation mécanique contrôlée :	Installée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si oui	Efficacité suffisante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Ventilation réglable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Insonorisation :	Suffisante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Éclairage inaccessible au patient :		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Circuits électriques non accessibles :		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Radiateur et tuyaux sous coffrage ou inaccessibles		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lit scellé :		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Literie complète (matelas, housse, drap, couverture, oreillers...) ignifugée :		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toilettes :	. WC dans la chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	. Type de WC : à la turque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	siège	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

. Lavabo dans la chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	O	N
.Cabinet de toilette attenant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	O	N
Si oui, peut-il être fermé à clé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	O	N
Un dispositif permet une vision complète de la chambre d'isolement au travers de la porte :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	O	N
Nature de ce dispositif :		
Le patient a-t-il une vue sur l'extérieur du bâtiment ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	O	N
Y a-t-il un dispositif particulier permettant de moduler la vision entre la chambre d'isolement et le service (afin de protéger le malade des regards des autres patients) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	O	N
Mise à disposition constante d'une sonnette :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	O	N
Quel type :		
- fixe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	O	N
- optionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	O	N
Mise à disposition éventuelle d'une sonnette :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	O	N
La (ou les) chambre(s) d'isolement (CI) est (sont) au même niveau que le lieu habituel de présence des infirmiers (salle de	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	O	N
Distance (en mètres) entre la CI et ce lieu :		/---/---/ mètres
Un appel du malade peut-il être facilement entendu de ce lieu ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	O	N
Existe-t-il un moyen de communication du type Interphone entre la CI et l'extérieur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	O	N
Existence d'un repère temporel : (horloge...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	O	N
État général de la CI :		
Excellent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	O	N
Bon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	O	N
Médiocre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	O	N
Très insuffisant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	O	N

Détecteur de fumée :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	O	N
Fonctionnement du détecteur de fumée :		
* sans problème	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	O	N
* avec problème	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	O	N
<i>Si problème, spécifiez :</i>		
Le service de sécurité de l'établissement est informé des CI occupées chaque jour :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	O	N
Des visites de conformité sont réalisées de la chambre d'isolement par les services de sécurité :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	O	N
* fréquence annuelle :		/---/
* date de la dernière visite :	---/---/	---/---/
	J	M A
Avez-vous remarqué un risque particulier dans cette chambre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	O	N
<i>Si oui, spécifiez :</i>		
Des accidents sont-ils déjà survenus dans cette CI ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	O	N
<i>Si oui, spécifiez :</i>		
Des aménagements ont-ils été réalisés à la suite de ces accidents ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	O	N
<i>Si oui, spécifiez :</i>		
Il existe un protocole de MCI (procédure écrite) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	O	N
Ce protocole est-il accessible constamment ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	O	N
Avez-vous à disposition des recommandations et notes de service sur l'utilisation des CI ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	O	N
Une formation sur l'utilisation de CI a été réalisée auprès de l'équipe dans les 2 années précédentes :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	O	N
<i>Si oui, laquelle :</i>		
Une formation des nouveaux membres du personnel est systématique :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	O	N
Les portes de l'unité de soins sont :		
constamment ouvertes la journée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	O	N
constamment ouvertes la nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	O	N

ouvertes de façon variable

O N

**Questionnaire préétabli par l'Agence, pour le recueil de données spécifiques
à chaque mise en chambre d'isolement**

*Ce document de recueil de données a été constitué à la suite d'un travail de synthèse,
réalisé par le groupe d'experts, puis complété ou modifié par les différents groupes de travail
qui ont réalisé l'audit clinique sur les MCI en 1994, 1995 et 1996.*

*Certaines informations demandées dans le document « recueil de données » ne sont pas
directement utilisables pour vérifier ou non l'atteinte des critères de qualité. Ces renseignements restent
néanmoins importants pour l'analyse des résultats obtenus par chaque service.
Ils apportent des éléments complémentaires qui facilitent la recherche des causes possibles d'un écart
et/ou clarifient une situation de soins.*

**FICHE DE RECUEIL DES DONNÉES SPÉCIFIQUES À CHAQUE
MISE EN CHAMBRE D'ISOLEMENT**

D 1 - DONNÉES GÉNÉRALES :
(D 1 correspond au critère C 1)

Unité de soins /---/---/---/---/---/---/---/

Nom du patient /---/---/---/---/---/---/---/ Prénom /---/---/---/---/---/---/

Âge /---/---/

Sexe M /---/ F /---/

Patient de l'unité D'une autre unité
O N O N

Même secteur Autre secteur
O N O N

Admis dans l'unité le /---/---/ /---/---/ /---/---/
J* M* A*

Mode d'hospitalisation

• ordinaire
O N
• HDT
O N
• HO
O N

Antécédents

- MCI antérieures
O N
- Lors du même séjour Nombre /---/---/
O N
- Lors d'autres séjours
O N

Date de début de MCI /--/--/ /---/--/ /---/--/ Heure : /---/--/ /---/--/
Jour Mois Année Heures minutes

Date de fin de MCI /--/--/ /---/--/ /---/--/ Heure : /---/--/ /---/--/
Jour Mois Année Heures minutes

D 2- SI LE PATIENT VIEND D'UNE AUTRE UNITÉ FONCTIONNELLE OU SERVICE, EN RAISON DE L'ABSENCE DE CI DISPONIBLE, INDIQUEZ SI :
(D 2 correspond au critère C 2)

- Le dossier du patient (s'il en possède un) a été fourni dans les 12 heures
O N NA
- Toutes les informations nécessaires pour les soins de ce patient ont été
O N NA

D 3 - PRESCRIPTION MÉDICALE DE LAMCI :
(D 3 correspond au critère C 3)

- MCI programmée prescrite par médecin ou interne
O N
- MCI prescrite en urgence par médecin ou interne
O N
- MCI décidée par l'équipe de soins et secondairement confirmée par médecin ou interne
O N
- MCI décidée par l'équipe de soins et secondairement non confirmée par médecin ou interne :
O N
- Précisez pour 3 et 4 le délai entre la MCI et la confirmation ou non de l'indication par médecin ou interne /---/--/ /---/--/
H MN

Circonstances - Plusieurs réponses possibles *

- Agitation psychomotrice
- Dissociation - déstructuration
- Confusion - désorientation
- Acte agressif, violence
- précisez :
-
- Agressivité verbale
- Dangerosité
- Tentative de suicide / mutilation
- précisez :
-
- Prévention d'acte autoagressif /
risque suicidaire
- Acte non toléré par le règlement du
service ou le contrat de soin
- précisez :
-
- Fugue
- Refus des soins
- HO ou HDT
- Autres
- précisez :
-

Diagnostic CIM 10

Diagnostic en clair

* Ces données ne correspondent pas à un critère.
Elles servent à décrire l'indication.

D 4 - DURÉE D'ISOLEMENT :
(D 4 correspond au critère C 4)

Non déterminée avec réévaluation de la MCI au moins toutes les 24 heures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	O	N
Déterminée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	O	N
Si oui, durée prévue	/---/---/	/---/---/
	J*	H*

D 5 - INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS À L'ISOLEMENT :
(D 5 correspond au critère C 5)

Indications

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Prévention d'une violence imminente du patient envers lui-même ou autrui
alors que les autres moyens de contrôle ne sont ni efficaces ni appropriés | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | O | N |
| Prévention d'un risque de rupture thérapeutique alors que l'état de santé
impose les soins | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | O | N |
| Isolement intégré dans un programme thérapeutique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | O | N |
| Isolement en vue d'une diminution des stimulations reçues | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | O | N |
| Utilisation à la demande du patient | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | O | N |

Contre-indications (utilisations à titre non thérapeutique)

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Utilisation de la CI à titre de punition | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | O | N |
| État clinique ne nécessitant pas un isolement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | O | N |
| Utilisation uniquement pour réduire l'anxiété de l'équipe soignante ou
pour son confort | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | O | N |
| Utilisation uniquement liée au manque de personnel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | O | N |

D 6 - CONTRE-INDICATIONS SOMATIQUES À L'ISOLEMENT :
(D 6 correspond au critère C 6)

- Affection organique non stabilisée ⁽¹⁾ :

- | | | |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Insuffisance cardiaque | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | O | N |
| État infectieux | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | O | N |
| Trouble de la thermorégulation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | O | N |
| Trouble métabolique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | O | N |

⁽¹⁾ Diagnostic, pronostic, suffisamment incertains ou graves pour nécessiter des soins et une surveillance intenses

- | | | |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|
| Atteinte orthopédique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | O | N |
| Atteinte neurologique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | O | N |

- Le patient présente un risque lié à la prise de toxiques avant la MCI par :

- | | | |
|-----------------|--------------------------|--------------------------|
| Prise de drogue | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | O | N |

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Prise d'alcool | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | O | N |
| Suspicion de surdosage médicamenteux volontaire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | O | N |

D 7 - FACTEURS DE RISQUE :
(D 7 correspond au critère C 7)

Le patient présente un (ou plusieurs) risque(s) suivant(s) :

- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Risque suicidaire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | O | N | |
| Risque d'automutilation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | O | N | |
| Risque de confusion | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | O | N | |
| Risque lié au traitement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | O | N | |
| Risque métabolique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | O | N | |
| Température ambiante dans la CI ou inférieure à 19 °C ou supérieure à 25 °C | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | O | N | |
| Autre, spécifiez : | | | |
| Aucun risque particulier | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | O | N | |
| Pour chaque risque identifié, un programme de surveillance et de prévention est mis en place | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | O | N | NA |

D8- CONFORMITÉ DE LA MODALITÉ D'HOSPITALISATION AVEC LA MCI :
(D 8 correspond au critère C 8)

Si le patient est en hospitalisation libre la conformité du régime d'hospitalisation est examinée dans les <u>12 heures</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	O	N

Patient hospitalisé en HDT ou HO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	O	N

D 9 - L'ABSENCE DE TOUT OBJET DANGEREUX A ÉTÉ VÉRIFIÉE DANS LA CI AINSI QUE SUR LE PATIENT :
(D 9 correspond au critère C 9)

Tout objet dangereux est enlevé de la CI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	O	N

Vérification que le patient ne porte pas sur lui d'objet dangereux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	O	N

Le malade est mis en pyjama (hors critère)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	O	N

• Si non, pourquoi ?

**D 10- L'ENTRÉE ET LA SORTIE DU PATIENT SONT SIGNALÉES AUX SERVICES DE SÉCURITÉ INCENDIE EN TEMPS RÉEL :
(D 10 correspond au critère C 10)**

L'entrée et la sortie du patient en CI signalées au service de sécurité en temps réel
O N NA

**D 11- ACCOMPAGNEMENT EN CI :
(D 11 correspond au critère C 11)**

Une intervention verbale suffit pour la MCI
O N

Nécessité d'une intervention physique
O N

Nombre de professionnels présents pour la MCI /---/---/

Appel à des renforts
O N

Délai entre appel et arrivée des renforts

* Délai satisfaisant * Délai trop élevé * Temps en minutes /---/---/
O N O N

Renforts suffisants
O N

Y a-t-il eu un accident ou incident au cours de l'accompagnement ?
O N

Si oui, précisez :

La MCI s'est effectuée dans des conditions de sécurité suffisantes pour le patient et l'équipe de soins
O N

Si incident, spécifiez :

**D 12- INFORMATIONS DÉLIVRÉES :
(D 12 correspond au critère C 12)**

Information donnée au patient sur les raisons, les buts et les modalités de mise en œuvre de l'isolement
O N NA

La nécessité d'informer l'entourage est examinée
O N NA

Information donnée aux autres malades (hors critère)
O N NA

**D 13- CONTENTION PHYSIQUE :
(D 13 correspond au critère C 13)**

Contention au lit
O N

Contention mobile
O N

Précisez la nature du matériel utilisé :
.....

Ce matériel est adéquat en termes de sécurité pour ce patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	O	N	NA
Ce matériel est adéquat en termes de confort pour ce patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	O	N	NA

D 14- VISITE MÉDICALE APRÈS LE DÉBUT DE LAMCI POUR CONFIRMER OU NON L'INDICATION :
(D 14 correspond au critère C 14)

Dans les 2 heures qui suivent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	O	N

Dans les 3 heures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	O	N

Dans les 12 heures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	O	N

Décision à la suite de cette visite médicale :

- poursuite de la MCI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	O	N

- arrêt de la MCI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	O	N

Si oui, précisez :

Si la visite médicale dans l'heure qui suit la MCI n'est pas réalisée, indiquez les motifs :

D 15- SURVEILLANCE MÉDICALE
(D 15 correspond au critère C 15)

Le patient a bénéficié d'au moins 2 visites médicales par jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	O	N

Le patient a bénéficié d'au moins 1 visite médicale par jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	O	N

Nombre de journées sans visite médicale	/---/---/
---	-----------

D 16- LA SURVEILLANCE PSYCHIQUE :
(D 16 correspond au critère C 16)

Le rythme de surveillance psychique programmé a été respecté à 100 %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	O	N

Si non, quel est l'écart en %	/---/---/ %
-------------------------------	-------------

D 17- LA SURVEILLANCE SOMATIQUE :

(D 17 correspond au critère C 17)

Le rythme de surveillance somatique programmé a été respecté à 100 %

O N

Si non, quel est l'écart en %

/---/---/ %

D 18- LA SURVEILLANCE BIOLOGIQUE :

(D 18 correspond au critère C 18)

La surveillance biologique prescrite à été réalisée à 100 %

O N non prévue

Si non, quel est l'écart en %

/---/---/ %

D 19- SÉJOUR SCANDÉ PAR DES SORTIES BRÈVES :

(D 19 correspond au critère C 19)

• Des sorties de courte durée ont été prévues et réalisées

O N

- Nombre de sorties prévues /---/---/ - Nombre de sorties réalisées /---/---/

D 20- SORTIE DE CI :

(D 20 correspond au critère C 20)

• Un entretien centré sur le vécu en CI est réalisé avec le patient en fin de processus

O N

Si non, pourquoi ? :

D 21- HYGIÈNE :

(D 21 correspond au critère C 21)

L'hygiène du patient a été assurée durant toute cette phase de soins

O N

D 22- PROPRETÉ :

(D 21 correspond au critère C 21)

L'état de propreté de la chambre d'isolement a été vérifié au moins 2 fois par jour

O N

Si non, quel est l'écart en %

/---/---/ %

D 23- DOSSIER DU MALADE :

(D 23 correspond au critère C 23)

Les documents (feuilles de surveillance, rapport d'accident ...) sont intégrés au dossier du patient

O N

Pour les critères 15, 16, 17, 18, 21, 22, il est nécessaire de s'appuyer sur une fiche journalière de surveillance et de suivi d'un patient en CI. Elle est à concevoir par chaque établissement. Il est vivement conseillé de construire cette feuille de surveillance en associant tous les professionnels de santé.

**EXEMPLE DE FICHE DE SURVEILLANCE MÉDICALE
(pour le critère 15)**

UNITÉ DE SOINS :

NOM ET PRÉNOM DU MALADE :

Médecin prescripteur : Date : 25-05-94 Heure : 08h00 Dr : X		
Visite confirmant l'indication : Date : 25-05-94 Heure : 09h00 Dr : Y.....		
Visites de surveillance		
Date et heure PRÉVUES	Date et heure EFFECTUÉES	Nom
25-05-94 - Après-midi	25-05-94 - 15h00 -	Dr Y
26-05-94 - Matin	non réalisée	
26-05-94 - Après-midi	26-05-94 - 16h00 -	Dr Y
27-05-94 - Matin	27-05-94 - 10h00 - Sortie décidée	Dr Y

3 visites sur 4 prévues ont été réalisées soit 75 %

**EXEMPLE DE FICHE JOURNALIÈRE DE SURVEILLANCE ET DE SOINS
(pour les critères 16, 17, 18, 21, 22)**

NOM Prénom	Date	Feuille n°
Secteur Médical	UF	Heure

		Surveillance Hygiène	Surveillance Somatique	Surveillance Psychologique	Surveillance Biologique	Surveillance propreté de la CI
00 H	00-30					
	30-60	/ (1)				
01 H	00-30					
	30-60	X (2)				
02 H	00-30					
	30-60					
03 H	00-30					
	30-60					
04 H	00-30					
	30-60					
05 H	00-30					
	30-60					
06 H	00-30					
	30-60					
07 H	00-30					
	30-60					
08 H	00-30					
	30-60					
09 H	00-30					
	30-60					
10 H	00-30					
	30-60					
11 H	00-30					
	30-60					
12 H	00-30					
	30-60					
13 H	00-30					
	30-60					
14 H	00-30					
	30-60					
15 H	00-30					
	30-60					
16 H	00-30					
	30-60					
17 H	00-30					
	30-60					
18 H	00-30					
	30-60					
19 H	00-30					
	30-60					
20 H	00-30					
	30-60					
21 H	00-30					
	30-60					
22 H	00-30					
	30-60					
23 H	00-30					
	30-60					

(1) / Surveillance programmée à réaliser

(2) X Surveillance programmée réalisée