



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

RAPPORT DE L'EXPÉRIMENTATION NATIONALE
AUDIT CLINIQUE CIBLÉ APPLIQUÉ À LA
DIMINUTION DE LA CONTENTION PHYSIQUE CHEZ
LA PERSONNE ÂGÉE

JUIN 2006

Service évaluation des pratiques professionnelles

Sommaire

1. Avant-propos	3
2. Présentation du thème dans le contexte de l'Audit Clinique Ciblé (ACC) et l'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP).....	4
3. Déroulement de l'expérimentation	5
3.1 Les ACC réalisés par région, par type d'ES et par catégorie de professionnels.....	5
3.1.1 Participation au premier tour d'audit (T1).....	7
3.1.3 Participation aux deux tours d'audits (T1+T2)	7
3.1.4 Rapports effectués.....	8
3.2 La formation organisée par la HAS.....	8
3.3 La planification du projet.....	9
4. Les résultats et leur analyse par ACC	10
5. Les actions d'amélioration mises en place par ACC.....	20
5.1 Le partage des expériences à l'initiative des coordonnateurs des établissements.....	20
5.2 Les actions d'amélioration concernant l'objectif d'organisation et de traçabilité communes aux audits cliniques ciblés	20
5.3 Les actions d'amélioration concernant la formation	22
6. Conclusion.....	23
6.1 Évolution de l'outil.....	23
6.2 Validation de la méthode et pour le thème CPPA.....	24
Annexes.....	25
Annexe 1 - Fiche Méthode.....	25
Annexe 2 - Documents de l'expérimentation 2004-05	27
Annexe 3 - Documents (source : Cd Rom 2005)	31
Références	46
Participants.....	47

1. Avant-propos

La méthode de l'audit clinique a été diffusée en France à partir de 1993 et appliquée à de nombreux thèmes médicaux et paramédicaux, avec le concours de professionnels de divers établissements de santé (1).

En 2000-2001, le service d'évaluation des pratiques de l'Anaes a accompagné 20 établissements dans la France entière dans une démarche expérimentale d'audit clinique appliquée à «Contention Physique chez la Personne Agée». Ce thème avait fait l'objet d'un guide «Limiter les risques de Contention Physique chez la Personne Agée» publié par l'Agence en 2000 (2).

En septembre 2004, un programme d'audits cliniques ciblés (ACC) a été proposé aux établissements de santé déjà impliqués dans une démarche d'amélioration de la qualité, répondant ainsi à un objectif majeur de la deuxième procédure d'accréditation-certification des établissements de santé (ES) (3-5).

La participation volontaire de tous les professionnels qui ont mené cet audit dans l'établissement de santé où ils exercent leur activité a permis d'expérimenter la méthode de l'audit clinique ciblé appliqué à cette pratique. Leur expérience a été une aide précieuse pour tous ceux qui voudront initier un projet d'amélioration de leur pratique dans ce domaine. Les résultats de ce 1^{er} tour d'audit ont fait l'objet d'une publication (6)

Ce document présente les résultats de ces audits cliniques ciblés et leur analyse.

Dix documents (rapports, articles) ont été analysés et confortent l'orientation posée lors de l'élaboration de ce référentiel (2,7-15).

2. Présentation du thème dans le contexte de l'Audit Clinique Ciblé (ACC) et l'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP)

La contention physique des personnes âgées représente un exemple des dilemmes qui peuvent survenir dans les situations de soins. Elle est pratiquée le plus souvent pour prévenir les chutes, pour contenir l'agitation et pour limiter la déambulation. Elle porte atteinte à la liberté d'aller et venir et expose à de nombreux risques tout en ayant une efficacité souvent aléatoire. S'il reste incontestable que la contention physique est, dans certains cas, une nécessité pour protéger le patient, son recours doit rester limité.

L'Anaes a publié en 2000 un guide intitulé « limiter les risques de la contention physique de la personne âgée » (2).

En 2000-2001, l'Anaes a accompagné 20 établissements de santé, volontaires, dans une démarche expérimentale d'audit clinique appliquée à ce thème.

De la même façon, en 2005, un programme d'audits cliniques ciblés a été mené dans 27 établissements de santé, en partenariat avec la HAS.

Ce CD Rom contient les moyens nécessaires à la réalisation de cet Audit Clinique Ciblé.

Un groupe de travail a été constitué afin de segmenter le référentiel de l'audit clinique en **4 référentiels permettant l'évaluation de :**

1. la mise en place : CPPAmep,
2. l'information : CPPAinf,
3. l'installation et confort : CPPAins,
4. la surveillance : CPPAsur.

La segmentation est faite en fonction des étapes du processus concernant la pratique d'une contention physique.

CPPAmep :

L'objectif de l'ACC (mep) concerne l'amélioration de l'appréciation du bénéfice-risque et son utilisation dans la mise en place de la contention.

CPPAinf :

L'objectif de l'ACC (inf) concerne l'amélioration de l'information au patient et à l'entourage.

CPPAins :

L'objectif de l'ACC (ins) est de permettre l'amélioration de la pratique de contention au lit ou au fauteuil une fois celle-ci mise en place.

CPPAsur :

L'objectif de l'ACC (sur) est de permettre l'amélioration de la surveillance une fois la contention mise en place et l'installation faite

L'expérimentation menée en 2005 a permis de montrer l'intérêt des professionnels pour ce thème et la méthodologie proposée, la faisabilité et l'acceptabilité par les équipes. Les améliorations rapides et importantes obtenues par les équipes en font une méthode de choix pour l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) dans les établissements de santé. Dans le cadre des nouvelles procédures de certification-accréditation, les audits cliniques ciblés sur le thème de la contention physique de la personne âgée permettent de répondre à l'obligation d'EPP du manuel.

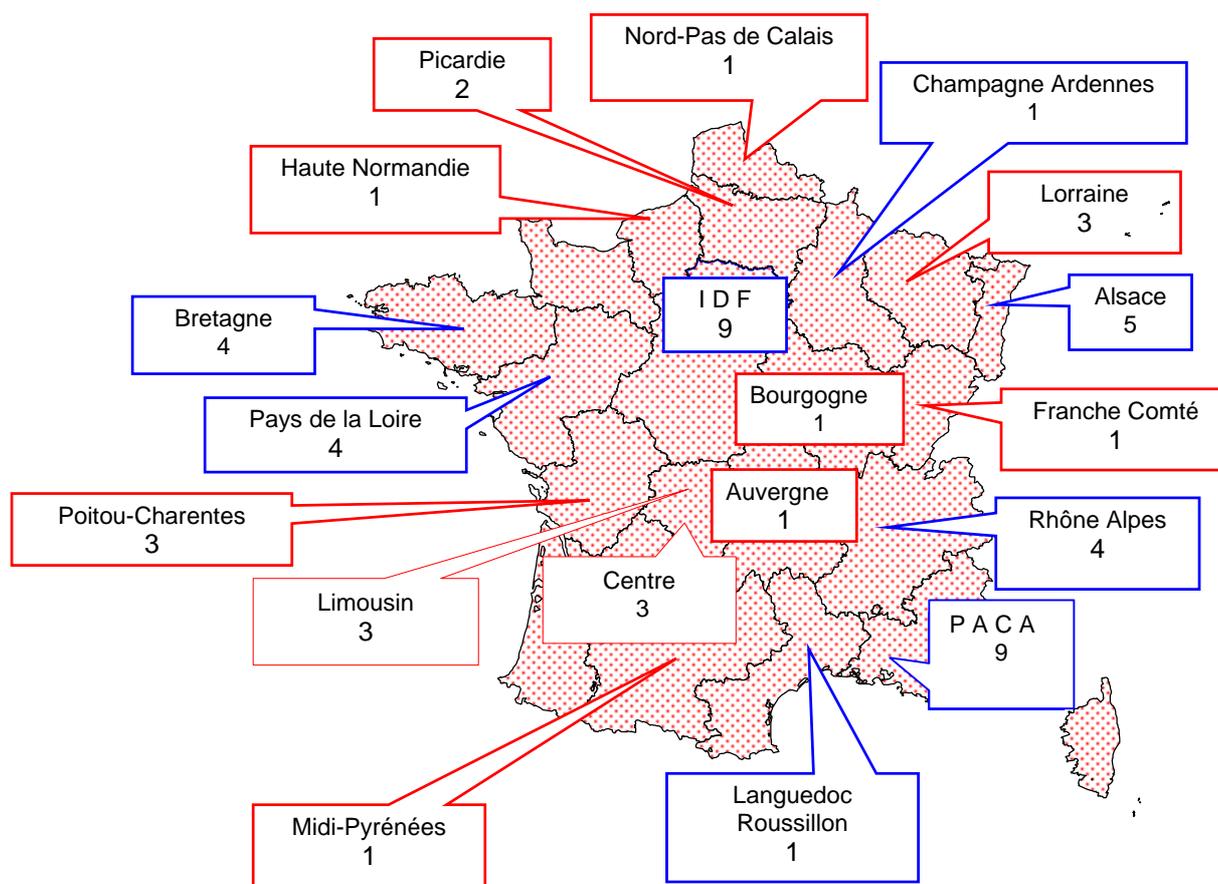
3. Déroulement de l'expérimentation

3.1 Les ACC réalisés par région, par type d'ES et par catégorie de professionnels

3.1.1 Engagement dans la démarche décembre 2004

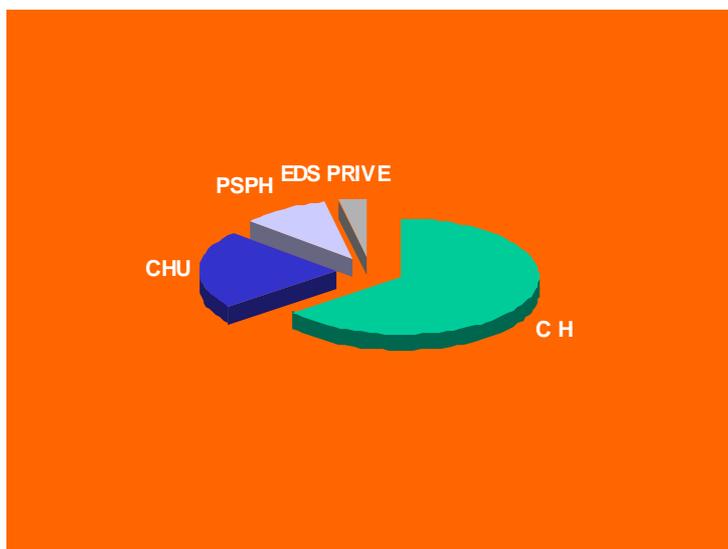
19 régions sont représentées. La répartition est assez homogène sur l'ensemble du territoire.

Répartition des établissements ayant choisi le thème de la Contention Physique selon leur type



48 établissements de santé ont choisi la contention physique. Ce sont surtout des établissements publics, centre hospitalier ou CHU.

- Centres Hospitalier (79%)
- Centre Hospitaliers Universitaires (13%)
- Etablissements participant au service Public (PSPH) (6%)
- Etablissement privé (2%)



Répartition des coordonneurs en établissements de santé selon leur catégorie professionnelle

- Infirmières 30 (63 %)
- Médecins 13 (27%)
- Responsable qualité 3(6%)
- Directeur des soins 2 (4%)



On peut noter une participation satisfaisante du corps médical à l'évaluation d'une pratique assez fréquemment laissée à l'appréciation des infirmières. Cette participation expliquera peut-être l'amélioration de la prescription enregistrée grâce à l'ACC CPPAmep.

3.1.1 Participation au premier tour d'audit (T1)

27 établissements représentant 30 services sur les 48 ayant envoyé un coordonnateur à la réunion du 24 décembre 2004 se sont engagés dans la démarche soit 56 %.

Les établissements qui n'ont pu faire le premier tour ont évoqué des contraintes contextuelles tels que des difficultés de personnel ou d'autres priorités d'établissement nécessitant un engagement fort.

3.1.2 Participation aux deux tours d'audits (T1+T2)

29 services répartis dans 27 établissements ont mené leurs ACC jusqu'à la seconde évaluation.

Les établissements qui sont rentrés dans une démarche d'évaluation des pratiques ont tous fait les deux tours d'audit. Un établissement a limité le deuxième tour à un service sur les deux ayant fait le premier tour pour un motif de recrutement insuffisant.

Nombre d'ACC réalisés par les établissements :

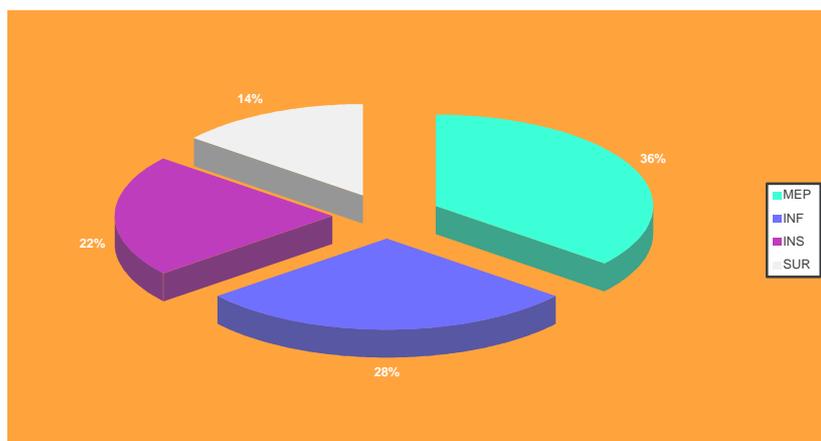
Nombre ACC	1	2	3	4
Nombre de services	8	11	16	4

En fonction de son contexte, les établissements choisissaient les ACC à réaliser.

Quatre d'entre eux ont réalisé l'ensemble des ACC proposés, la charge de travail est alors relativement importante.

- Mise en place (mep) : 23
- Information (inf) : 18
- Installation (inst) : 14
- Surveillance (sur) : 9

ACC choisis par les ES



C'est la mise en place de la contention qui a été choisie le plus fréquemment. Ce choix reflète les insuffisances ressenties par les équipes dans ce domaine et leurs capacités de progression

3.1.3 Rapports effectués

80% des établissements ont adressé leur rapport à la Haute Autorité de Santé à la fin de la démarche d'audit. Certains ont adressé un rapport par ACC, d'autres ont adressé un seul rapport pour l'ensemble des ACC choisis dans leur établissement.

Le rapport est une étape importante et indispensable de toute démarche d'amélioration des pratiques. Il permet de mettre en évidence l'engagement des professionnels, la rigueur de la démarche, les actions correctrices mises en place, les difficultés rencontrées et les actions qui restent à programmer. C'est un élément important de communication avec la direction et les instances.

C'est un document nécessaire pour justifier auprès des experts visiteurs de la réalisation d'une action d'EPP dans le cadre de la certification-accréditation deuxième version.

Enfin, c'est un document de référence pour la démarche qualité du service ou de l'établissement.

3.2 La formation organisée par la HAS

Une formation a été réalisée le 2 décembre 2004 par la HAS pour tous les coordonnateurs d'ACC des établissements volontaires.

Un seul représentant par thème et par établissement a été formé pour devenir le coordonnateur de l'expérimentation. Il avait pour mission de mener l'audit ou les audits cliniques ciblés sur le thème choisi au sein de son établissement.

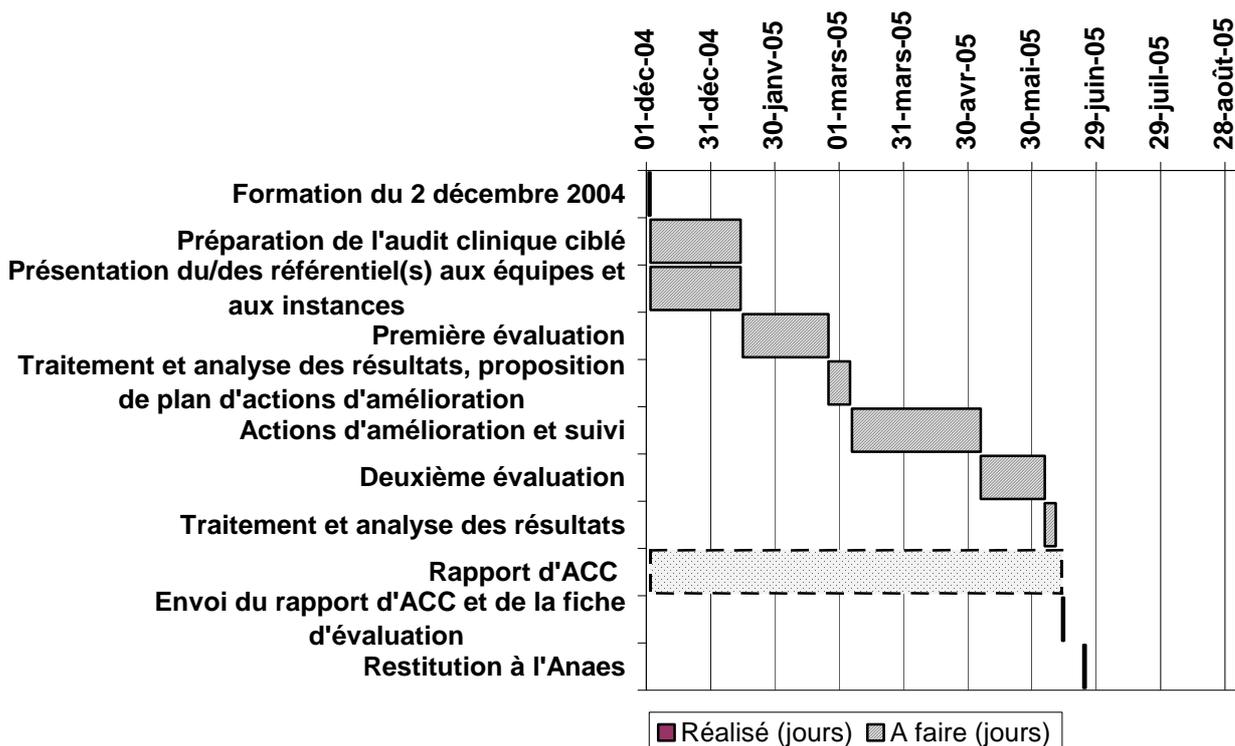
Dans la première partie de cette formation le comité de pilotage a présenté la méthode et le déroulement du programme expérimental à l'ensemble des coordonnateurs.

Les référents ACC, thème et méthode, ont assuré en ateliers la seconde partie spécifique des 8 thèmes proposés. Chaque coordonnateur a participé à un atelier, en fonction du thème choisi par son établissement.

Ces ateliers avaient pour objectif de présenter dans chaque thème, les référentiels et la partie correspondante du CD-ROM. La discussion entre formateurs et formés a permis aux coordonnateurs de s'approprier l'outil proposé (référentiel : protocole, grille, guide) et la manipulation du CD Rom (diaporama et grille) qui devait leur servir pour la formation du groupe projet au sein de leur ES.

3.3 La planification du projet

Calendrier de l'expérimentation de l'Audit Clinique Ciblé



Document généré à partir d'un outil issu du CD Rom expérimental, élaboré par l'Anaes en 2004.

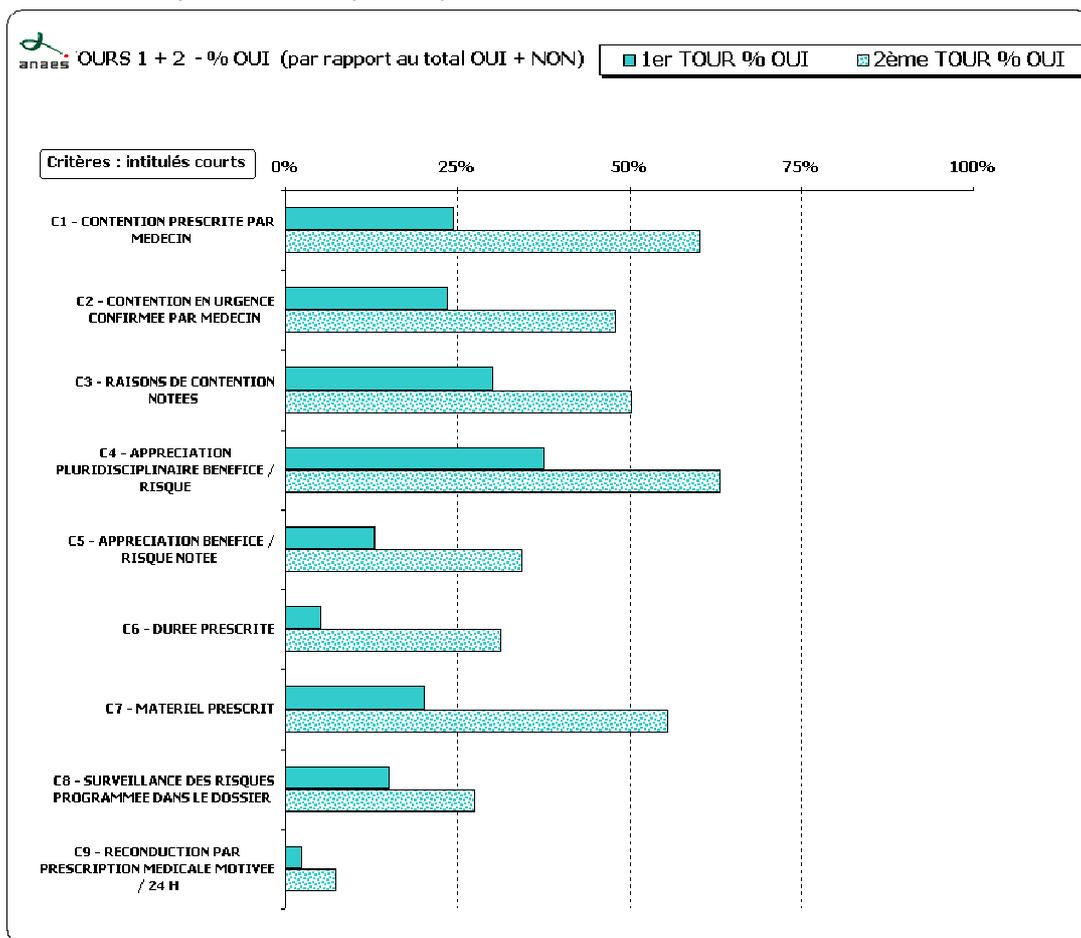
La planification du projet a été un élément important de sa réussite. Elle a permis aux coordonnateurs de réaliser la démarche dans le temps imparti, ce qui a permis l'aboutissement du projet.

Elle constitue un élément important de la gestion du projet qui fait partie intégrante de la méthode.

4. Les résultats et leur analyse par ACC

► CPPAmep

L'audit ciblé mise en place a pour but d'évaluer les prescriptions de contention en fonction des bénéfices et des risques encourus par les patients.



22 établissements ont participé à l'audit clinique Mis En Place de la Contention physique. 605 situations de contention ont été évaluées au premier tour et 529 au deuxième tour.

1^{er} tour

Aucun critère n'atteint une conformité de 50 %. L'absence de procédures, protocoles formalisant cette pratique explique en partie ce mauvais score.

Les critères 3 et 4 concernant les raisons de la contention et le bénéfice /risques ont une conformité entre 25 et 50 %.

Les autres critères concernant la prescription, la durée, le matériel, la programmation de la surveillance et la reconduction ont tous moins de 25 % de conformité.

2^{ème} tour

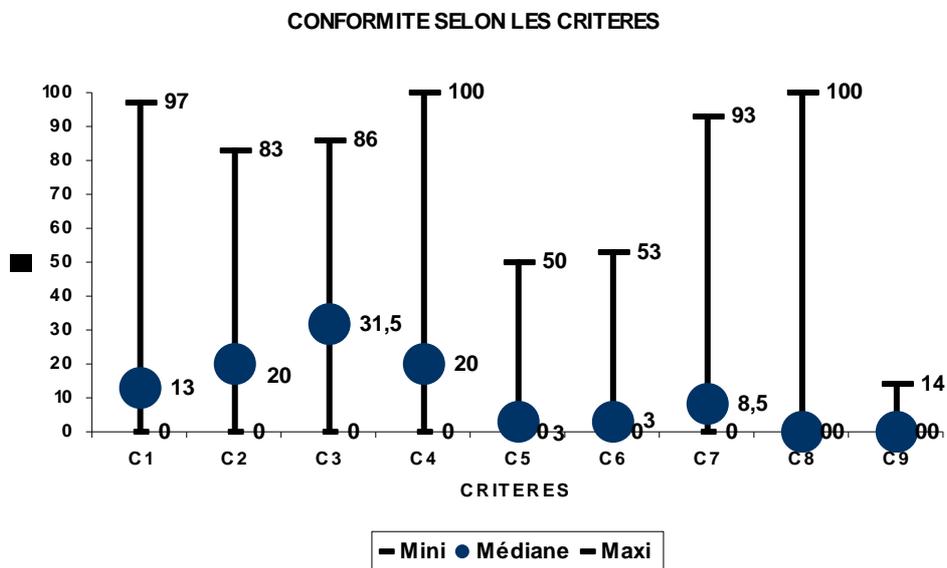
L'amélioration touche essentiellement la prescription dont la conformité augmente de 35 %. Les services ont pour beaucoup évoqué une amélioration d'organisationnelle dans leur rapport. Des feuilles de prescriptions ont été créées. Elles retracent souvent le motif, la durée de la contention et le matériel à utiliser. Une analyse multicritères montre qu'il existe une corrélation entre la prescription l'appréciation du bénéfice /risque et le matériel prescrit.

Les barrières de lit qui n'étaient souvent pas reconnues comme un moyen de contention sont intégrées dans le dispositif et elles sont prescrites comme telles le cas échéant.

Le deuxième tour montre cependant encore des insuffisances importantes de la traçabilité de la réflexion bénéfice /risque et de la reconduction de la contention par 24 heures. Le bénéfice /risque fait partie de la réflexion médicale habituelle, mais sa traçabilité ne fait pas encore partie de la culture de l'écrit demandée. La reconduction par 24 heures est vécue comme trop exigeante voire infaisable notamment dans des unités de soins de longue durée où la présence médicale n'est pas quotidienne.

Positionnement des services / conformité médiane minimale et maximale

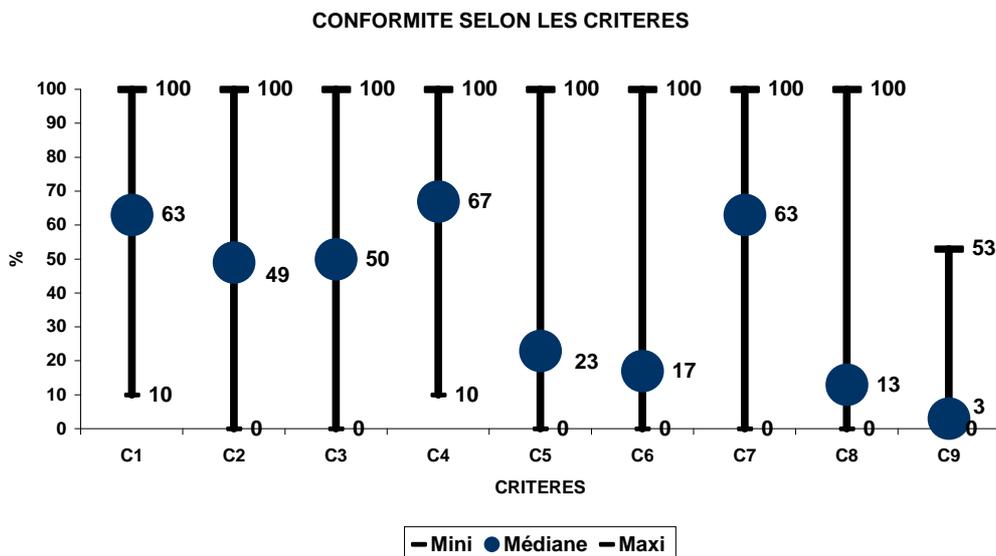
Tour 1



Pourcentage de conformité selon les critères sur les établissements ayant fait les 2 tours

(Rappel : la médiane est la valeur de l'observation qui sépare une série ordonnée en 2 parties égales).

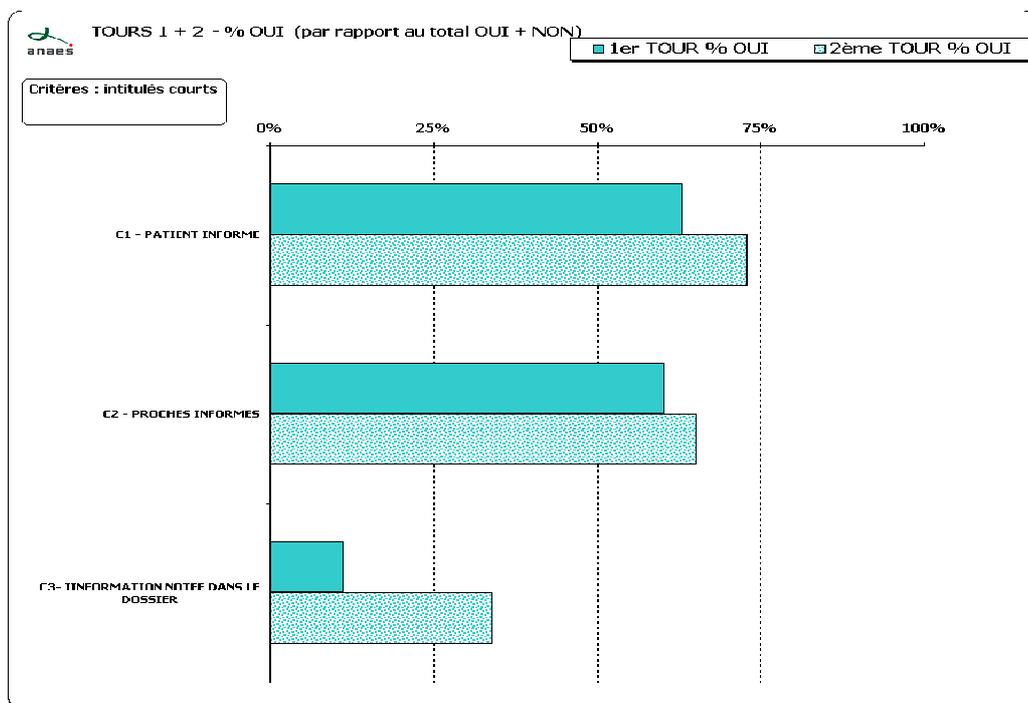
Tour 2



On observe une progression de la prescription et de son environnement (raison, bénéfique /risque)ainsi que la prescription du type de contention utilisé qui progresse considérablement. Le critère 9 reste très déficitaire. Les équipes ayant la meilleure conformité dépassent à peine 50 %.

► **CPPAinf**

Cet audit ciblé concerne l'amélioration et l'information au patient et à l'entourage. Le patient et sa famille doivent avoir des informations accessibles qui permettent de comprendre les buts de la restriction de liberté. La population ciblée par la pratique est souvent déficitaire sur le plan intellectuel. Cela doit faire partie du projet de soins de tenter d'obtenir une compréhension des patients contenus.



Document généré à partir d'un outil issu du CD Rom expérimental, élaboré par l'Anaes en 2004.

18 établissements ont choisi de faire un audit sur l'information. 519 situations de contention ont été évaluées au premier tour, 459 au deuxième tour.

1^{er} tour

On observe une conformité moyenne pour les critères 1 et 2 (entre 50 et 75 %). Les sources permettant de remplir la grille de recueil d'information était l'interrogatoire des patients et le dossier de soins. La demande d'information du patient dément est souvent incomprise, alors que celle-ci est importante dans la prévention des troubles du comportement.

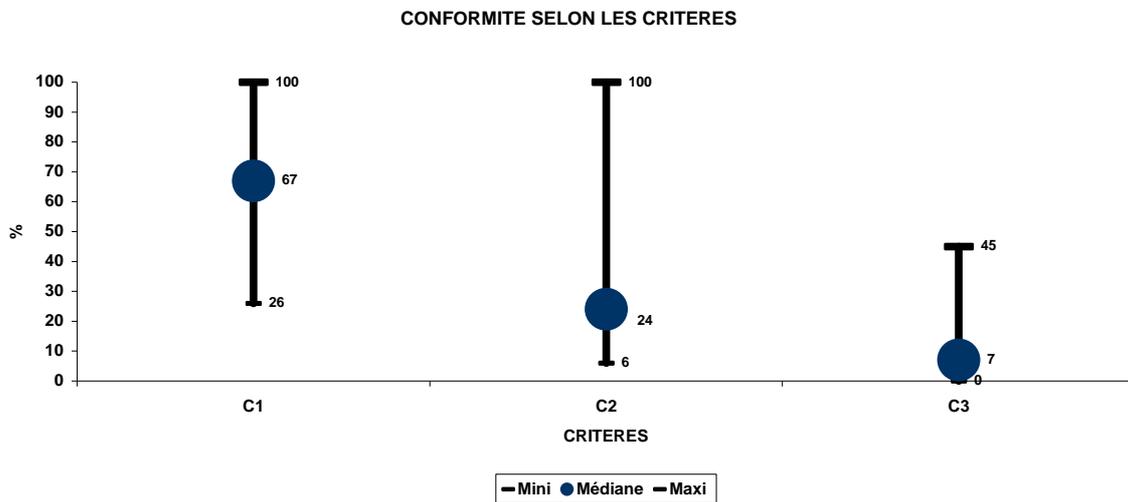
Le critère 3 concernant la trace de l'information au patient et à la famille est très déficitaire. La traçabilité de l'information au patient ou à ses proches est retrouvée seulement dans 11 % des cas.

2^{ème} tour

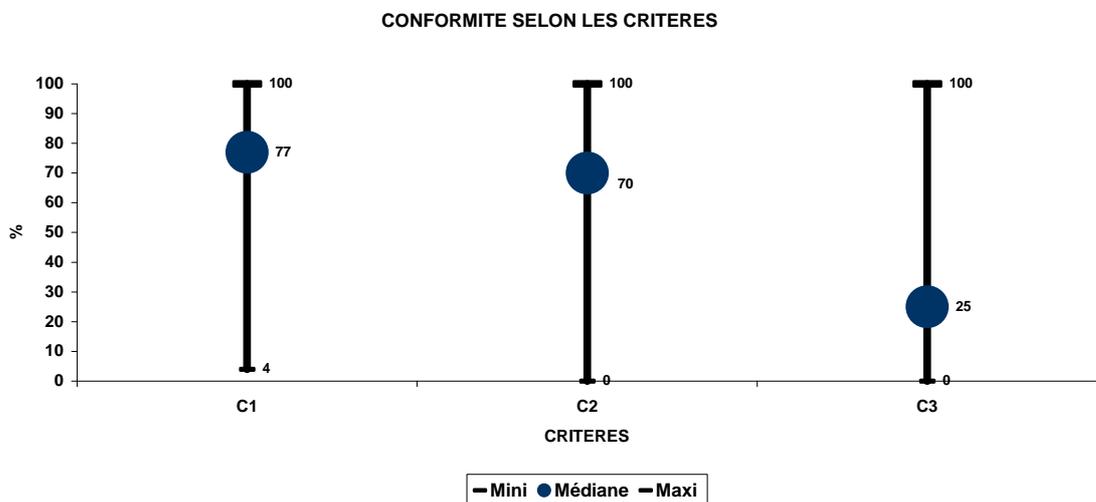
Les progrès n'ont que peu touché l'information au patient et à son entourage. C'est surtout la traçabilité dans le dossier de soins qui a progressé (23 %). Une des réponses est l'adaptation du diagramme de soins à la nécessité de tracer l'information au patient et aux familles.

Positionnement des services / conformité médiane minimale et maximale

Tour 1



Tour 2

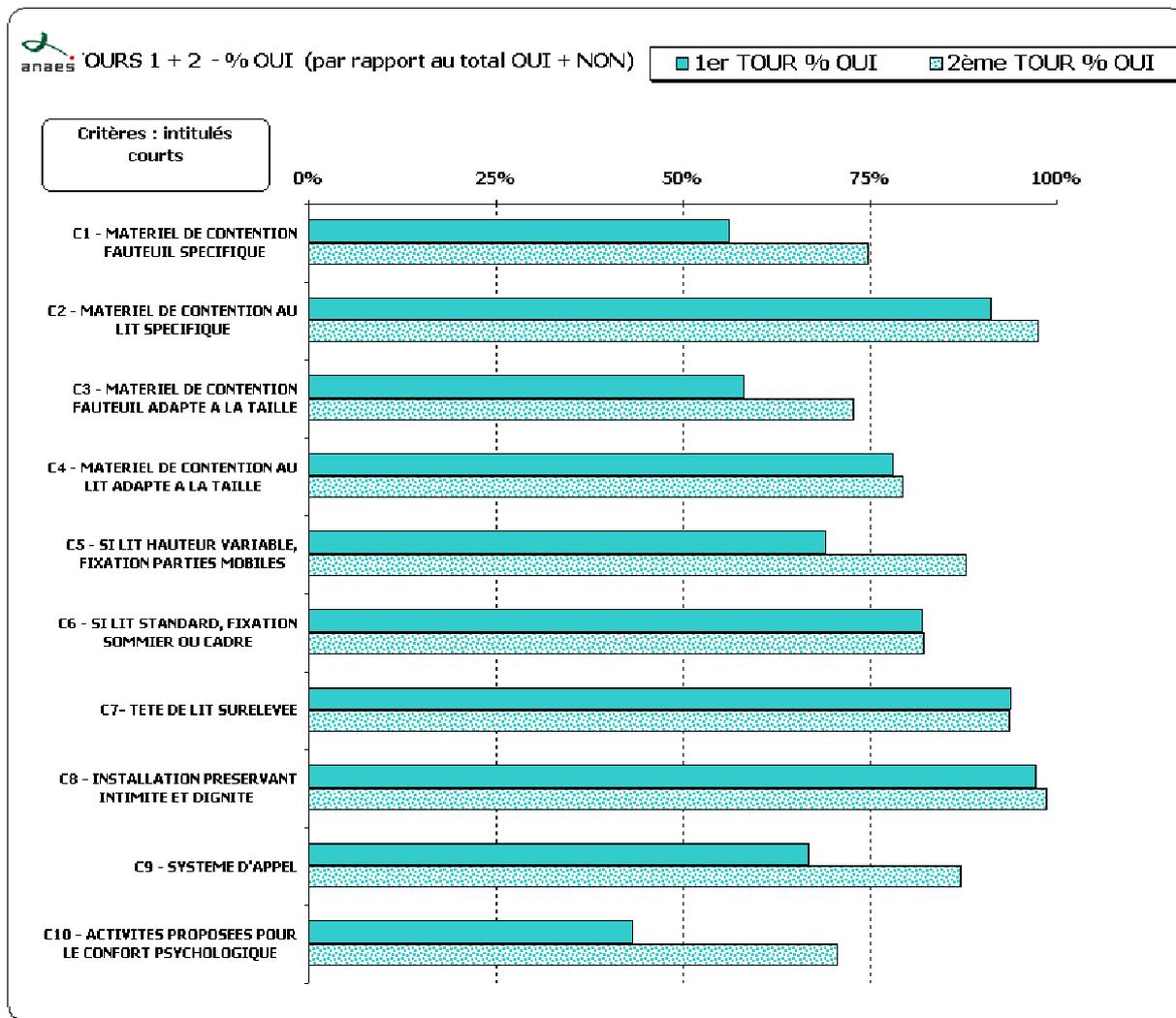


On observe une nette progression de la médiane quant à l'information des proches au deuxième tour d'audit, même la traçabilité en profite.

► **CCPAins**

L'objectif de cet ACC est de permettre l'amélioration de la pratique de contention au lit et au fauteuil une fois celle-ci mise en place.

15 services représentant 13 établissements ont participé à l'audit sur l'installation du patient. 395 situations de contention ont été analysées au premier tour et 346 au second tour.



Document généré à partir d'un outil issu du CD Rom expérimental, élaboré par l'Anaes en 2004.

Premier tour

Aucune conformité à 100 % n'est observée au premier tour d'audit.

Le critère le plus déficitaire (inférieur à 50 % de conformité) est le critère 9 :

Il concerne la proposition d'activités permettant le confort psychologique de la personne. 43 % des patients en situation de contention ont une activité récréative. Il est important de proposer des activités récréatives aux patients et résidents en situation de contention. Psychologiquement, il est important d'éviter l'isolement. Ces propositions de mise en place d'activités permettant un meilleur confort psychologique se heurtent à des problèmes de disponibilités en personnel d'animation et d'organisation. Les patients sont attachés dans leur chambre et de ce fait isolés.

Les critères de conformité moyenne (entre 50 et 75 % de conformité) sont les critères 1, 3, 5, et 9 :

Les critères 1 et 3 (56 et 58 %) concernent le matériel utilisé au fauteuil. Leur non-conformité reflète l'utilisation de moyens détournés (draps par exemple) à des fins de contention et l'insuffisance en moyens spécifiques

Le critère 5 (69 %) concerne essentiellement les attaches des poignets fixés à des parties fixes des lits à hauteur variables

Le critère 9 (67%) concerne les systèmes d'appel ; ces systèmes d'appel sont mis en place en fonction de la culture des personnels soignant ; Les déficits intellectuels repérés sont trop rapidement mis en cause pour ne pas installer de système d'appel.

Les critères de bonne conformité (plus de 75%) concernent la contention au lit et la dignité :

Ce sont les barrières qui sont utilisées le plus souvent comme moyen de contention au lit.

La dignité des patients en situation de contention est conforme dans 97 % des cas. On peut beaucoup dire concernant la dignité. Ce sont surtout l'utilisation de vêtement inadéquat lors de la contention au fauteuil qui provoque des situations indignes ou impudiques.

Second tour

Les améliorations concernent le matériel utilisé et l'organisation des soins. L'audit a souvent permis de recenser les ressources matérielles et humaines concernant l'installation des malades. Des professionnels se sont investis dans le recensement et l'adéquation des moyens de contention (ergothérapeutes, cadres infirmiers). D'autres ont pris en charge les aspects psychologiques (meilleur accès des patients en situation de contention à des animations, activités de psychomotricité, kinésithérapie) de façon à rompre l'isolement de ces patients.

La conformité du critère 10 a augmenté de 30 %. C'était le critère le plus déficitaire. Des actions de récréation sont proposées (intégration à des séances d'animation, kiné, psychomotricité) ainsi qu'une meilleure intégration à la vie du service (porte de la chambre ouverte, localisation des personnes contenues dans les zones communes).

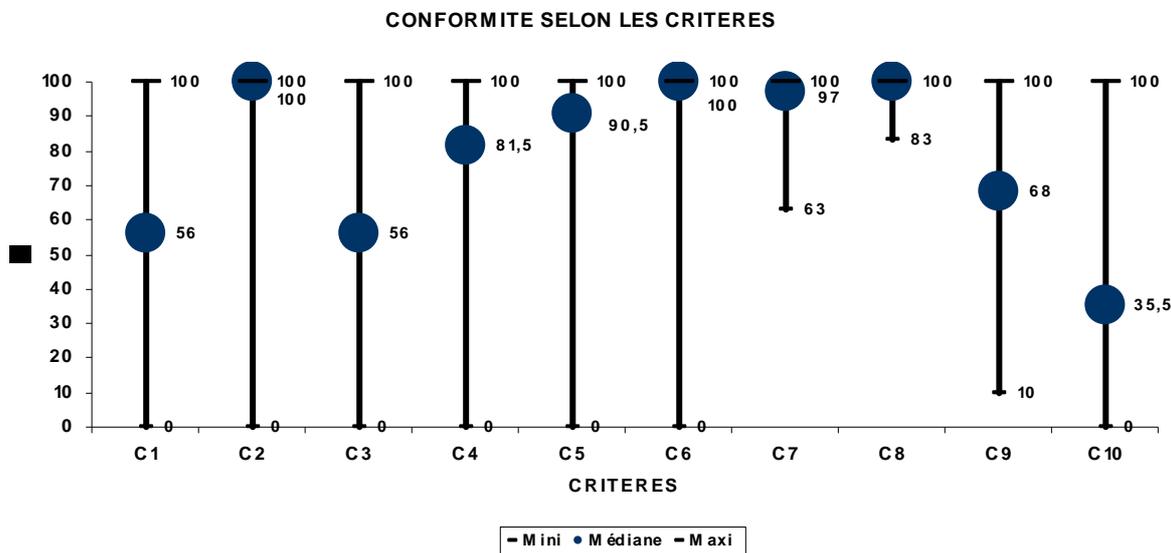
Les critères 1 et 3 s'améliorent de 19 et 15 %. Le matériel est rapidement commandé dans certaines structures. D'autres signalent des commandes en cours. Il est probable qu'un second tour plus tardif aurait permis une amélioration plus importante de ces critères. Des actions d'information-formation concernent également

La conformité du critère 5 progresse de 19 %. La fixation du patient aux parties mobiles du lit quand c'est nécessaire profite également de la formation et de l'amélioration du matériel.

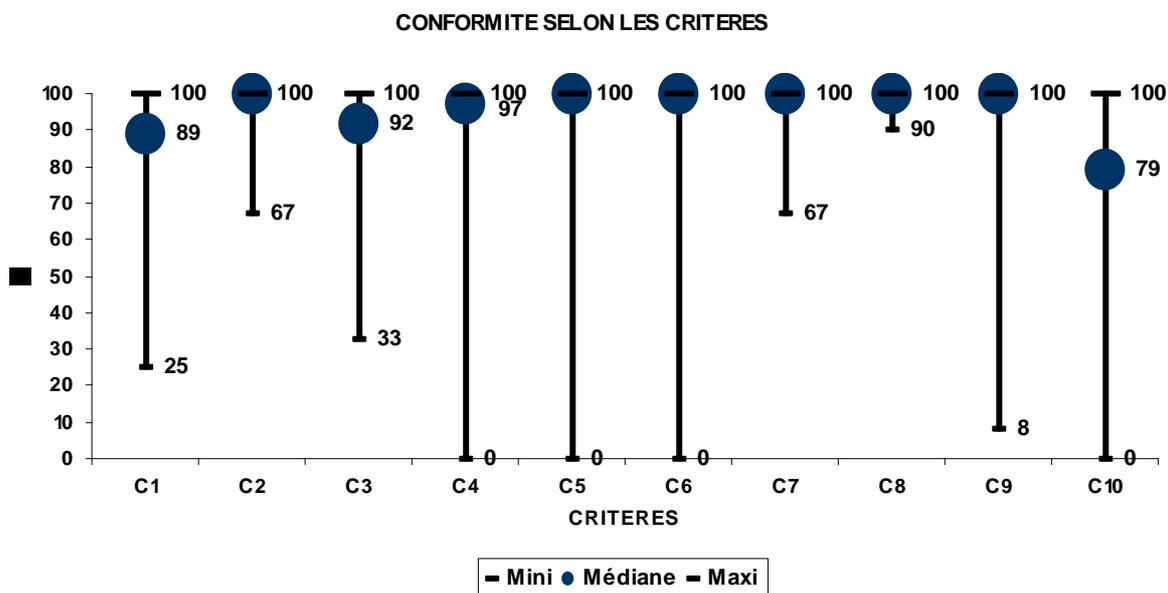
Les protocoles, grilles et guides du programme expérimental 2004-05, CPPAins, figurent en Annexe 2 (p 31-34).

Positionnement des services / conformité médiane minimale et maximale

Tour 1



Tour 2



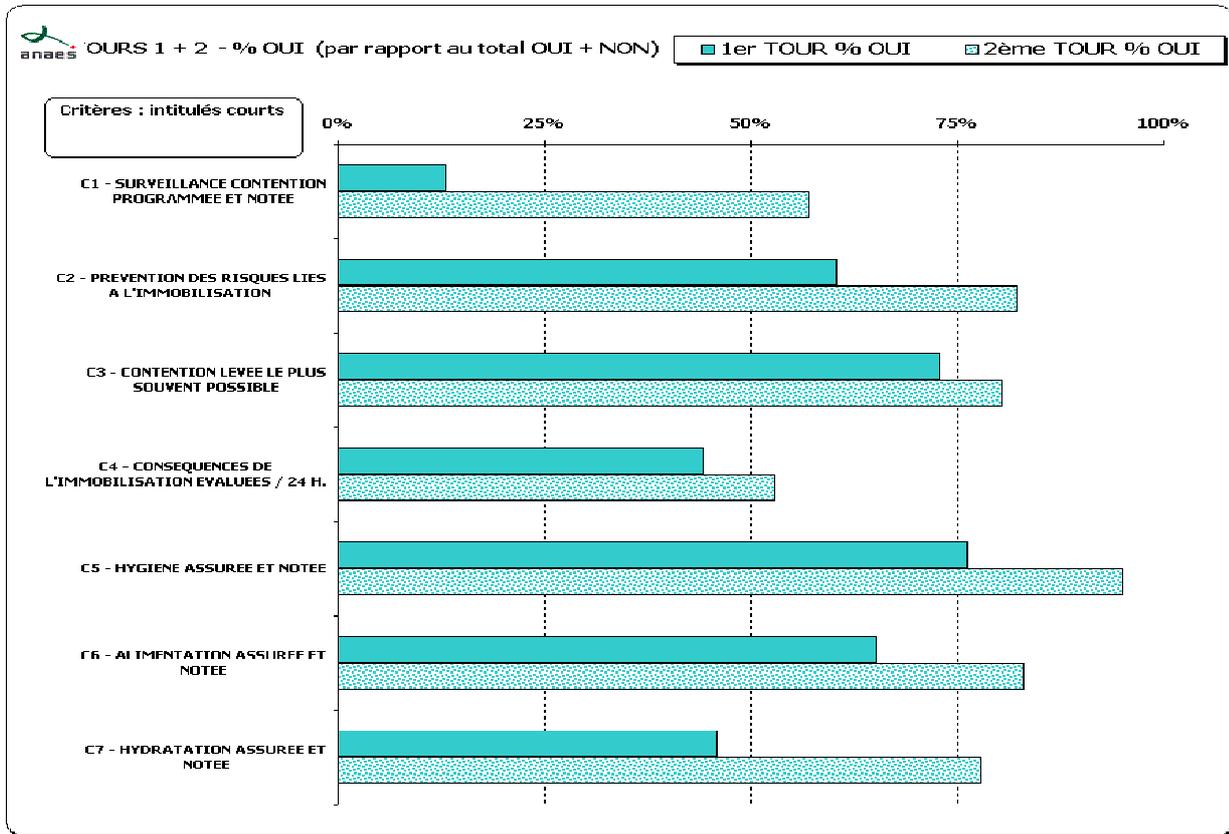
On observe une nette progression de la médiane quant l'installation des patients en situation de contention. On remarque une médiane semblable concernant es critères 1 et 3 ainsi qu'une progression similaire. Le matériel commandé est devenu spécifique et adapté à la taille du patient. L'écart mini-maxi du critère 10 reste très important. Des rapports signalent ne pas avoir fait une priorité de ce critère.

Il faut par ailleurs relever que cet audit ciblé l'installation au lit et au fauteuil fera l'objet de modifications importantes du fait de la confusion concernant le critère d'inclusion (situation de contention) mal compris. Un patient immobilisé au fauteuil dans la journée et au lit la nuit est évalué dans deux situations différentes. Des services n'ont pas bien compris ce mode de raisonnement et l'existence de critères non adaptés s'y référant.

► CPPAsur

L'objectif de l'ACC CPPAsur est de permettre l'amélioration de la surveillance une fois la contention mise en place et l'installation faite.

10 services représentant 10 établissements ont participé au premier tour, 9 au deuxième tour. 237 situations de contention ont été évaluées au premier tour et 200 au deuxième tour. Il est important qu'une surveillance écrite et programmée intégrant des dimensions physiques, psychologiques et environnementale soit réalisée. C'est l'audit ciblé qui a recruté le moins de services.



Document généré à partir d'un outil issu du CD Rom expérimental, élaboré par l'Anaes en 2004.

Premier tour

Aucun service n'obtient 100% de conformité au premier tour. Les critères liés à la surveillance de la contention sont exigeants. Ils nécessitent la programmation de la surveillance, la trace écrite de celle-ci et les actions correctrices mises en œuvre. Mais des soins demandés tel que l'alimentation, l'hydratation, la mobilisation ne sont pas spécifiques des situations de contention. Les patients âgés doivent très fréquemment être l'objet de surveillance quant à ces problèmes de soins.

Les critères 1, 4 et 7 ont moins de 50 %de conformité au premier tour (13%, 44%,46%)

Les critères 1 et 4 reflètent les capacités des services à effectuer des actions de soins, mais aussi d'en organiser la programmation, la retranscription, l'évaluation des conséquences Le critère 7 repère la surveillance de l'état d'hydratation.

Les critères 2 ,3 ,5 et 6 sont conformes dans 50 à 76 % des cas (60%,73%,76%,65%).

Ils concernent la prévention des risques liés à la prévention (2 et 3), l'hygiène et l'alimentation (5 et 6). Ces autres critères concernent des actions de soins qui ne sont pas spécifiques à la contention. L'hygiène, la mobilisation, l'alimentation, doivent être assurées quelque soit la situation. La contention est une situation ou cette préoccupation est plus importante car elle peut empêcher ces soins soit parce que la personne n'est plus en capacité de les effectuer elle-même du fait de la contention.

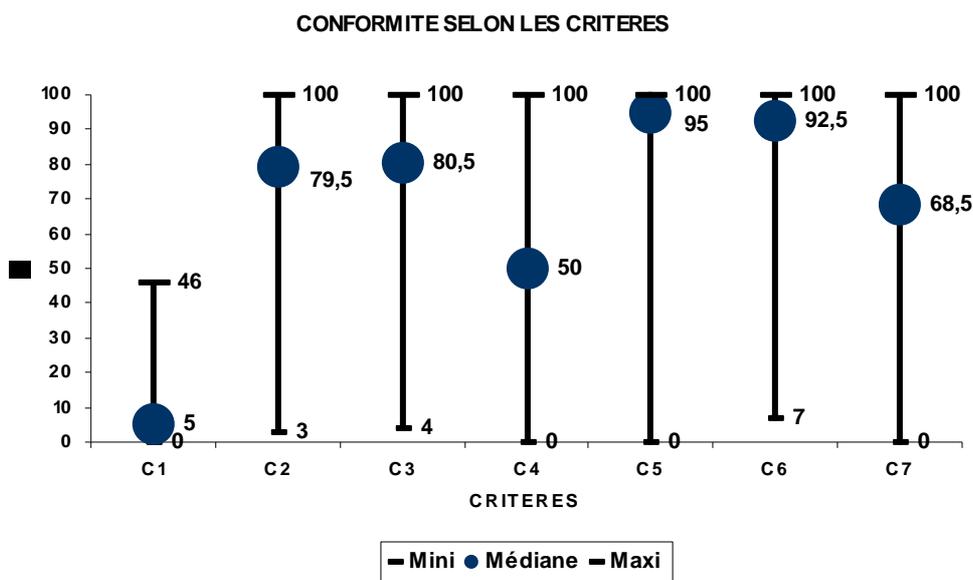
Second tour

L'amélioration touche essentiellement la traçabilité de l'information. Le critère 1 progresse de 44%. Les conformités des autres critères s'améliorent également du fait d'un repérage de ces soins dans le dossier.

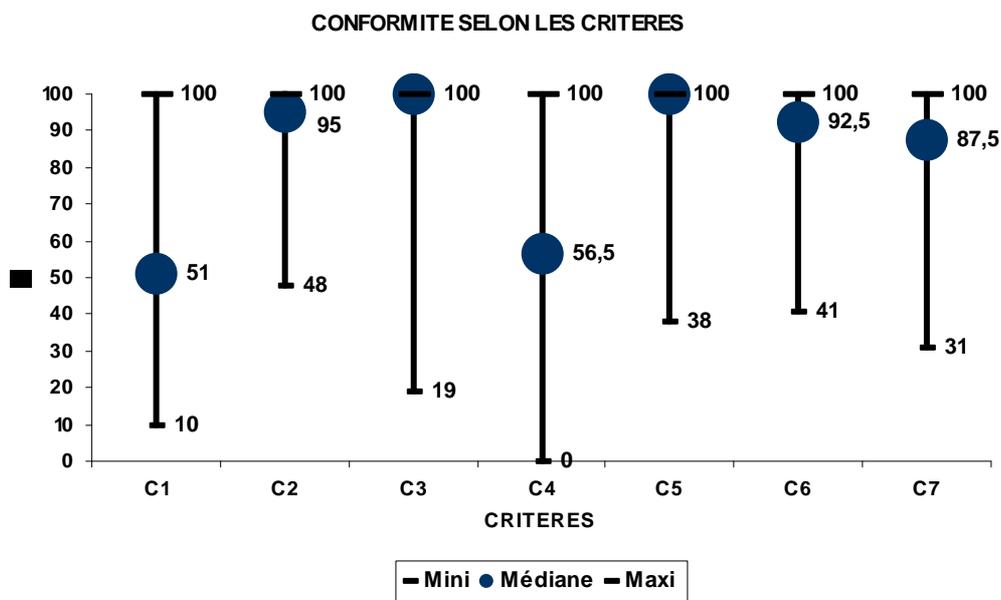
Certaines équipes expliquent des résultats plus mauvais lors de la deuxième évaluation par des délais trop courts pour mettre en œuvre les plans d'amélioration.

POSITIONNEMENT DES SERVICES / CONFORMITÉ MEDIANE MINIMALE ET MAXIMALE

Tour 1



Tour 2



L'étude des médianes montre également une forte progression des conformités. Le critère 1 très représentatif de la conformité progresse beaucoup.

5. Les actions d'amélioration mises en place par ACC

Les audits ont provoqué 146 actions d'amélioration. En moyenne chaque ACC mené dans un service ou établissement a amené 4,5 actions d'amélioration.

Les audits les plus pourvoyeurs d'action :

- **CPPAmep**
Critère 1 (prescription médicale) : 14,3%
Critère 3 (raison de la contention) : 11,1%
- **CPPAins**
Critères 1 et 2 (matériel spécifique au lit et au fauteuil)
- **CPPAinf**
Critères 1 et 2 (information du patient et des proches) : 80%
- **CPPAsur**
Critères 1 (surveillance programmée et retranscrite) : 27,3 %
Critère 2 (prévention des risques) : 18,2%

5.1 Le partage des expériences à l'initiative des coordonnateurs des établissements

La réactivité des équipes s'est manifestée sous différentes formes :

- Certaines "mauvaises" pratiques ont été corrigées par le simple fait d'avoir réalisé l'auto-évaluation (Ex. : utilisation systématiques des barrières de lits, sans réflexion préalable, quant aux risques qu'elles peuvent faire courir aux patients).
- Deux objectifs rapides ont été arrêtés : améliorer la traçabilité et uniformiser les pratiques.
- Différents groupes de travail sur les actions d'amélioration ont été constitués à la suite du premier tour et poursuivent leurs projets.
- Des projets de formation ou d'information ont été développés soit de nouveau ou intégrés à l'existant (journées d'accueil, journaux internes)

5.2 Les actions d'amélioration concernant l'objectif d'organisation et de traçabilité communes aux audits cliniques ciblés .

L'amélioration majeure de l'ACC est d'avoir provoqué une réorganisation d'un soin qui était déresponsabilisée. L'agent en face d'une situation qu'il juge dangereuse en fonction de son expérience professionnelle propre décide de restreindre la liberté d'un patient. Les barrières sont un exemple d'utilisation abusive d'un matériel banal restreignant la liberté des patients. Les lits étant équipés presque systématiquement de barrières, il est devenu automatique de les lever sans qu'aucune réflexion ne soit menée sur leur utilité.

Les améliorations ont porté sur plusieurs chapitres.

► Des outils

Des supports de prescription

Ils correspondent pour une grande part à la modalité d'amélioration de l'ACC CPPA mep, mais également à l'ACC CPPAins ou CPPAinf.

La mise en place de la contention est améliorée par la rédaction de feuille de prescription spécifique à la contention ou à la réorganisation de l'outil existant de façon à y intégrer la contention.

Les fiches de contention décrites retracent les raisons de la contention, les risques de celle-ci, la durée, le moyen de contention au lit ou au fauteuil, l'information des patients et de leur famille

Des équipes préfèrent utiliser le dossier de soins existant et y intégrer la démarche. Les dossiers de soins existants permettent de libérer un espace propre à la prescription datée signée de la contention.

L'information au patient et à sa famille

A fait également l'objet de création d'un document d'information et de renseignement des risques et bénéfices de la contention. Ce document permet d'obtenir le consentement des familles quand la contention est indispensable. Il est aussi décrit comme un outil de réflexion pour des familles qui souhaitent une contention alors qu'elle ne paraît pas justifiée pour le personnel soignant.

La surveillance de la contention

Correspond aux exigences de l'ACC CPPAsur

Fait également l'objet de création d'outil spécifique ou de son intégration au dossier existant ;

- Les feuilles de surveillance créées retracent les différentes recommandations correspondantes aux critères de la surveillance des risques liés à la contention (syndrome d'immobilisation, escarres, incontinence, alimentation, hydratation...). La périodicité de la surveillance est décrite.
- Des feuilles de signalement d'événements indésirables liés à la contention sont élaborées.
- D'autres équipes intègrent la surveillance au diagramme de soins sous la forme de modification de chapitres ou d'articles spécifiques. Certains diagrammes de soins permettent immédiatement de prendre en compte la dimension contention physique en ne modifiant que le mode d'emploi du diagramme.

Des protocoles

Sont très fréquemment élaborés, ils recouvrent toute la procédure de contention physique. S'y associent des fiches techniques concernant les moyens de contention (barrières de lit, ceinture, gilets, bracelets...). Tous les ACC sont concernés par ces procédures.

► Des ressources

Ressources humaines

La conduite menée de l'audit a également permis de revoir les organisations de ressources :

- Responsabilisation d'infirmières sur le thème : des infirmières ont été nommées « référentes de la bonne mise en place ou surveillance » ou les infirmières d'orientation des urgences ont été nommées responsables de l'information aux familles. (CPPAmep, CPPA sur).
- Des compétences professionnelles sont positionnées sur le soin aux personnes en situation de contention : cela concerne les kinésithérapeutes, animatrices, psychomotriciennes, ergothérapeutes(CPPAins).
- Dans certains cas, la conduite menée d'audit a entraîné la nomination de personnel supplémentaire (animatrice).

Ressources matérielles

Si la contention doit être évitée, elle doit se faire dans de bonnes conditions quand elle est inévitable. L'ACC CPPAins a quasi systématiquement amené un recensement des besoins en terme de matériel de contention adéquat pour éviter utilisation de matériel détourné (drap, fauteuil gériatrique...). Cette commande n'étant parfois pas encore arrivée lors du deuxième tour, l'amélioration s'en est retrouvée réduite. Certains établissements ont organisé une meilleure traçabilité des moyens de contention existant de façon à optimiser leur emploi.

Les actions d'amélioration concernant la formation

La formation est un des axes d'amélioration proposé dans de nombreux rapports .

La formation est spécifique à la contention

Des hôpitaux ou services ont développés des programmes de formation spécifiques à la contention à destination de tous les professionnels concernés. Les recommandations de l'ANAES 2000 ont servi de base au kits de formation créés. La sensibilisation médicale à la prescription est très présente au travers des expériences décrites. Au minimum, elle a pris la forme d'un courrier à l'ensemble du corps médical informant des recommandations concernant la prescription de la contention.

La formation est incluse dans des formations ou d'information institutionnelles

D'autres services ont intégré la contention à des thèmes développés dans des formations d'accueil ou de formation continue.

Des supports institutionnels d'information comme des journaux internes ont été le support de la sensibilisation. Des expositions à l'aide de posters ont été organisées. Un dépliant d'information a été créé à destination des familles ;

La problématique de la contention a fait l'objet de groupes de travail spécifiques, ou a été intégrée dans des groupes existants.

6. Conclusion

6.1 Évolution de l'outil

Une coordination exemplaire est à l'origine de cette évolution :

Les professionnels de terrain ont réalisé l'expérimentation et échangé avec leurs coordonnateurs en établissements de santé avec le soutien des référents méthodes régionaux.

Cette coordination et les échanges lors des ateliers pendant la restitution nationale du 23 juin 2005 ont abouti à des modifications des grilles et à des précisions complémentaires dans les guides des ACC.

► Audit clinique ciblé sur la mise en place

Grille : La possibilité de répondre Non Adapté au critère 3 concernant la régulation de la prescription de la contention pratiquée en urgence est intégrée à la grille de critère. Quand la contention est prescrite directement par le médecin, ce critère devient en effet non adapté.

La possibilité de répondre Non Adapté au critère 9 sur la reconduction de la prescription pour les patients hospitalisés moins de 24 heures le critère devient non adapté.

Guide : Précisions sur les critères 3 et 9.

► Audit clinique ciblé sur l'information

Grille : La possibilité de répondre Non Adapté au critère 2 concernant l'information de l'entourage. Cet entourage peut ne pas exister. Le critère devient inadapté.

Guide : Précisions dans le guide concernant le critère.

► Audit clinique ciblé sur l'installation

L'ACC CPPAins a fait l'objet d'un dédoublement de grilles :

- Fonte complète de la forme de l'audit CPPAins avec présentation de 2 grilles de recueil de données (au lit et au fauteuil), respectivement de 5 et 8 critères (Annexe 3, p 41-45) .
- Les protocoles, grilles et guides du programme expérimental 2004-05 figurent en Annexe 2 (p 31-34).

En effet, lors des échanges lors de la restitution du premier tour en juin 2005, les équipes soignantes ont signalé les difficultés de compréhension d'une grille unique concernant l'installation de la contention au lit et au fauteuil. Il est préférable de séparer les deux situations. Une personne en situation de contention au fauteuil le jour et au lit la nuit doit faire l'objet de deux repérages.

6.2 Validation de la méthode et pour le thème CPPA

62 % des ES qui se sont engagés sur le programme d'ACC ont mené à bien l'expérimentation dans les temps impartis ; ce qui nous a convaincu de la faisabilité et acceptabilité de la méthode.

18 établissements ont répondu à l'enquête de satisfaction concernant les ACC contention physique des personnes âgées.

La satisfaction globale d'avoir participé aux ACC

64,7 % sont satisfaits et 35,3 % très satisfaits. 61,1 % des personnes interrogées encouragent avec enthousiasme d'autres équipes dans la réalisation de ces audits ciblés.

66,7 % sont d'accord partiellement et 33,3 % totalement avec le fait que les ACC sont faciles à mettre en œuvre dans un établissement de santé.

La satisfaction quant au thème

50 % des participants sont d'accord totalement et 50% partiellement avec le fait que les ACC contention reflètent la qualité de la prise en charge. De la même façon 55,6% et 38,9% pensent que les ACC permettent d'identifier rapidement un patient à risque. 61,1 % et 27,8 % pensent que les ACC contention permettent une meilleure réactivité dans la mise en œuvre des actions.

L'amélioration par rapport à l'audit complet

94,4% des participants sont d'accord avec le fait que les ACC réduisent le temps de préparation à l'audit 88,9% pensent que la méthode réduit le temps de traitement. 94,4 % sont totalement ou partiellement d'accord quant à la pertinence de la sélection des critères.

Le temps réduit entre les deux évaluations n'a pas été un obstacle majeur à la mise en place d'actions d'amélioration, y compris celles qui portaient sur l'organisation.

Les actions immédiates mises en œuvre au sein des services par les professionnels ont permis d'améliorer rapidement le niveau de qualité et de sécurité des soins.

Nous avons constaté également que des actions à plus long terme étaient nécessaires. Pour qu'elles puissent être engagées, elles demandent à être intégrées dans l'organisation générale de la CPPA afin que la démarche soit institutionnalisée. Ce niveau dépasse le cadre du service et justifie la réalisation de l'ACC portant sur l'organisation durant la même période que celle des ACC de pratiques.

Les nombreuses actions en faveur de la qualité de la traçabilité et l'implication dans des patients dans sa réalisation ont montré le réalisme des critères.

L'expérimentation a permis de juger la faisabilité et l'acceptabilité de la méthode en général (voir Annexe : la fiche méthode Audit clinique ciblé) et de son applicabilité sur le thème de la contention physique de la personne âgée.

L'enthousiasme des équipes qui ont participé à l'expérimentation nous a incité à diffuser cette méthode à l'ensemble des professionnels de santé [Audit clinique ciblé \(synthèse\)](#).

Annexes

Annexe 1 - Fiche Méthode

AUDIT CLINIQUE CIBLE (ACC)

1^{ère} intention

approche par comparaison

Définition

Méthode d'évaluation qui permet à l'aide d'un nombre limité de critères déterminés de comparer les pratiques de soins à des références admises en vue de mesurer la qualité de ces pratiques et des résultats de soins avec l'objectif de les améliorer.

L'audit clinique ciblé est un audit clinique au cycle complet permettant un traitement plus rapide des données et des résultats.

Champ application

Les pratiques professionnelles, pour lesquelles il existe un référentiel ou au minimum un accord professionnel permettant de le construire, et un fort potentiel d'amélioration des pratiques cliniques, organisationnelles ou des soins.

Objectifs

- Mesurer l'écart entre la pratique et la référence grâce à un nombre limité de critères, sélectionnés en fonction des besoins de l'établissement et/ou des services qui le mettent en oeuvre.
- Réduire le temps de réalisation de l'audit clinique pour améliorer la réactivité des équipes (6 mois environ).
- Définir et mettre en œuvre rapidement des mesures correctives ou des actions d'amélioration, accessibles et en nombre limité.
- S'assurer de l'efficacité des actions d'amélioration.

Synonymes, variantes et produits dérivés

Quick audit, rapid audit, mini audit, méthode d'évaluation par critères explicites.

Origine

Méthode dérivée de l'audit clinique.

L'Anaes a développé une expérience importante de l'audit clinique en accompagnant plus de 300 établissements. Au décours de ces travaux il est apparu nécessaire de construire une méthode d'évaluation des pratiques professionnelles permettant une réactivité plus importante des équipes et des ACC plus rapprochés.

Le programme expérimental ACC mené en 2005 a montré que l'ACC était une méthode d'amélioration de la qualité acceptable, faisable, efficace et valide, dans les 8 thèmes, et les 27 ACC proposés. (cf rapports par thème à paraître sur le site de la HAS)

Ressources nécessaires

Soutien d'un ou plusieurs professionnels formés à la méthode de l'ACC ou de l'audit clinique.

Le CD-Rom ACC 2005 mis à disposition des professionnels sur le site de la HAS.

Conditions de réussite

- Sélectionner un segment du processus de prise en charge des patients ciblé sur un métier, un acte de soin, un aspect organisationnel ou transversal, une étape de la prise en charge médicale (diagnostique, thérapeutique, information, surveillance...).
- Sélectionner un nombre limité, mais suffisant, de critères (entre 4 et 12), choisis en fonction du ou des l'objectifs choisis (conformité à la réglementation, à des recommandations de pratique clinique avec un haut niveau de preuve, potentiel d'amélioration, problématique de santé publique, sécurité du patient ...).
- Définir un objectif ciblé sur l'amélioration de la pratique et non sur l'évaluation des personnes, ni sur un problème complexe d'organisation.
- Choisir un responsable de projet ayant une légitimité professionnelle.

Description

La méthode comporte 6 étapes, et pourrait idéalement se poursuivre par une septième : un suivi d'indicateurs ou un (des) tour(s) d'ACC supplémentaire(s).

- **Etape 1 PLAN : planifier, organiser**

Choix du thème

- choix du thème à partir de référentiels validés, en fonction de la fréquence de la pratique, du risque encouru par le patient et du potentiel d'amélioration,
- champ de l'étude : nombre d'unités de soins impliquées,
- constitution du groupe de travail et nomination du chef de projet.
- réalisation d'une information sur le projet auprès des professionnels.

Choix des critères

- choix d'un ou plusieurs référentiel(s) d'ACC existants sur le thème choisi,
- s'il n'existe pas de référentiel d'ACC, la sélection des critères dans le référentiel existant se fait selon les objectifs de l'établissement ou du service et des répercussions sur la qualité et la sécurité du service rendu au patient,
- construction des **grilles** de recueil de données et du **guide** qui les accompagne.

Elaboration du protocole d'étude soit la détermination :

- des critères d'inclusion et d'exclusion,
- du type d'étude (rétrospective ou prospective),
- du mode de recueil des données et des sources d'information,
- de la taille de l'échantillon,
- et de la période d'évaluation.

Test de la feuille de recueil de données et réajustement le cas échéant.

Planification de la démarche (diagramme de type Gantt).

Organisation d'une **réunion d'information** pour toutes les unités concernées par l'ACC.

- **Etape 2 DO : Recueil des données** (1^{er} tour d'audit T1)
 - Remplissage d'une grille de recueil des données pour chaque pratique évaluée.
 - Suivi de l'évolution du recueil des données.
- **Etape 3 CHECK : Analyse des résultats du premier tour d'ACC**
 - Traitement des données recueillies : calcul de l'écart entre les pratiques (valeurs observées des critères) et le référentiel (valeur attendue des critères ou standard).
 - Analyse des résultats.
 - Recherche des causes des écarts.
 - Définition des axes d'amélioration.
 - Rédaction du rapport du premier tour d'audit.
- **Etape 4 ACT : Plan d'actions d'améliorations**
 - Nomination d'un responsable par action et réalisation d'une fiche action.
 - Elaboration d'un calendrier de réalisation des actions.
 - Planification de la période de réévaluation.
- **Etape 5 Nouveau recueil de données** (2^{ème} tour d'audit T2)
- **Etape 6 Analyse des résultats du deuxième tour d'ACC**
 - Analyse des résultats.
 - Comparaison avec les résultats du premier tour.
 - Recherche des causes des écarts résiduels.
- **Etape 7 idéalement : mesure de l'impact** des actions correctives, sur la base des résultats de la réévaluation.
 - Mise en place de nouvelles actions d'améliorations, si des écarts persistent.
 - Mise en place d'indicateurs pour suivre l'amélioration induite.

Annexe 2 - Documents de l'expérimentation 2004-05

PROTOCOLE DE L'AUDIT CLINIQUE CIBLE Audit de pratiques : installation et confort n°3 (CPPAins)

Préambule

La pratique de la contention physique des personnes âgées, utilisée le plus souvent pour prévenir les chutes et pour contenir l'agitation est fréquente.

Elle porte atteinte à la liberté et expose à de nombreux risques tout en ayant une efficacité aléatoire.

Ce protocole est issu de celui qui a été élaboré lors de l'expérimentation à l'échelon national de l'Audit Clinique dans les établissements de santé en 2001-02 intitulé : *Audit Clinique : limiter les risques de la contention physique de la personne âgée.*

En fonction du contexte de l'établissement, du risque encouru par les patients, des objectifs poursuivis, il est possible de sélectionner un ou plusieurs segments du processus parmi les quatre ACC proposés :

- améliorer la qualité de la prescription médicale de la contention : la mise en place : (CPPAmep),
- améliorer la qualité de l'information sur la contention auprès des patients et de ses proches : information et communication (CPPAinf),
- assurer la sécurité et le confort lors de la contention : installation et confort (CPPAins),
- améliorer la surveillance de la contention, centrée sur les risques : surveillance (CPPAsur).

1. Le champ d'application

Toute personne âgée de plus de 65 ans, capable de se mobiliser, hospitalisée dans un service de soins ou prise en charge par un établissement d'hébergement pour personne âgée dépendante (EHPAD) ou de soins de longue durée (ESLD).

2. Les critères d'inclusion

Seule la contention physique dite passive pour des personnes âgées, capables de se mobiliser, est abordée. La contention physique dite passive est un procédé qui utilise des moyens, méthodes, matériels ou vêtements pour empêcher ou limiter les capacités de mobilisation volontaire de tout ou d'une partie du corps, dans le seul but d'obtenir de la sécurité pour une personne âgée qui présente un comportement estimé dangereux ou mal adapté.

3. Le type d'étude

Il s'agit d'une étude prospective, « un jour donné » de la semaine.

4. Les sources et les modes de recueil

Les sources d'information peuvent être selon le critère : le dossier de soins du patient, l'observation de la pratique ou l'interview des soignants.

Le recueil de données est placé sous la responsabilité du coordinateur de l'audit qui en assure la conservation et la confidentialité.

5. La taille de l'échantillon

30 dossiers.

6. La période d'évaluation

6 semaines.

GRILLE DE RECUEIL DES DONNEES
Audit de pratiques : installation et confort n°3 (CPPAins)

Assurer la sécurité et le confort lors de la contention physique de la personne âgée

Date :	Établissement / secteur d'activité:
N° de la grille :	
Nom de l'évaluateur :	
Identification du patient :	les 3 premières lettres <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ou étiquette

OBJECTIF : assurer la sécurité et le confort lors de la contention

N°	CRITERES	OUI	NON	NA	SOURCE	COMMENTAIRES
1	La contention au fauteuil est pratiquée à l'aide de matériel spécifique				OD + ES	
2	La contention au lit est pratiquée à l'aide de matériel spécifique				OD + ES	
3	La contention au fauteuil est pratiquée à l'aide de matériel adapté à la taille de la personne				OD + ES	
4	La contention au lit est pratiquée à l'aide de matériel adapté à la taille de la personne				OD + ES	
5	La contention au lit à hauteur variable est fixée aux parties mobiles qui bougent avec le malade.				OD + ES	
6	La contention au lit standard est fixée au sommier ou au cadre de lit.				OD + ES	
7	La tête de lit est surélevée				OD + ES	
8	L'installation de la personne préserve son intimité et sa dignité				OD + ES	
9	La personne a accès à un système d'appel dont elle connaît le fonctionnement				OD + ES	
10	Des activités sont proposées pour le confort psychologique de la personne				OD + ES	

ES : enquête auprès des soignants

OD : observation directe

GUIDE D'UTILISATION DE LA GRILLE DE RECUEIL Audit de pratiques : installation et confort n°3 (CPPAins)

Installation et confort de la contention physique de la personne âgée

Il s'agit d'un audit de pratiques

Critère 1 La contention au fauteuil est pratiquée à l'aide de matériel spécifique.

Prévenir les risques de compression liés au matériel de contention. Prévenir les risques liés aux escarres.

Répondre **OUI** si l'observation directe et le dossier du patient permettent de déterminer la nature spécifique du matériel utilisé.

Répondre **NA** en cas de contention au lit.

Le recueil préalable de données doit permettre de renseigner ce critère.

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

⇒ La nature du matériel spécifique utilisé :

- Matériel spécifique :
 - Les gilets et les sangles thoraciques, les ceintures,
 - Les attaches de poignets et de chevilles,
 - Les sièges gériatriques, sièges avec un adaptable fixé,
- Matériel non spécifique, tout matériel détourné de son usage :
 - Drap ou tout vêtement qui limite les mouvements volontaires du corps,
 - Mobilier (table, adaptable...).

Préciser si le matériel est en bon état.

Préciser s'il y a eu blessure due au matériel de contention et le type de blessure.

Préciser si une prévention d'escarre est prévue dans le dossier du patient.

Critère 2 La contention au lit est pratiquée à l'aide de matériel spécifique.

Répondre **OUI** si l'observation directe et le dossier du patient permettent de déterminer la nature spécifique du matériel utilisé.

Répondre **NA** en cas de contention au lit.

Le recueil préalable de données sur la nature du matériel utilisé doit permettre de renseigner ce critère :

- Matériel spécifique :
 - Les attaches de poignets et de chevilles,
 - Les barrières de lit ;
- Matériel non spécifique, tout matériel détourné de son usage :
 - Drap ou tout vêtement qui limite les mouvements volontaires du corps,
 - Mobilier (table, adaptable...).

Préciser si le matériel spécifique est en bon état.

Préciser s'il y a eu blessure due au matériel de contention et le type de blessure.

Préciser si une prévention d'escarre est prévue dans le dossier du patient.

Critère 3 La contention au fauteuil est pratiquée à l'aide de matériel adapté à la taille de la personne.

Répondre **OUI** si l'observation directe et le dossier du patient permettent de préciser si le matériel spécifique est adapté à la taille de la personne, au type de contention nécessaire.

Répondre **NA** en cas de contention au lit.

Critère 4 La contention au lit est pratiquée à l'aide de matériel adapté à la taille de la personne.

Répondre **OUI** si l'observation directe et le dossier du patient permettent de préciser si le matériel spécifique est adapté à la taille de la personne, au type de contention nécessaire.

Répondre **NA** en cas de contention au fauteuil

Critère 5 La contention au lit à hauteur variable est fixée aux parties mobiles qui bougent avec le malade.

Répondre **OUI** si l'observation directe permet de vérifier le point suivant pour les contentions à un lit à hauteur variable : les points d'attaches lors de chaque épisode de contention au lit sont attachés à l'armature du lit qui bouge avec le malade.

Répondre **NA** pour les contentions au fauteuil.

Critère 6 La contention au lit standard est fixée au sommier ou au cadre de lit.

Répondre **OUI** si le point suivant est vérifié pour les contentions à un lit standard : les points d'attaches lors de chaque épisode de contention au lit sont attachés aux parties fixes du lit.

Répondre **NA** pour les contentions au fauteuil.

Critère 7 La tête de lit est surélevée.

Répondre **OUI** si le point suivant est vérifié pour les contentions au lit : La tête de lit est surélevée.

Répondre **NA** pour les contentions au fauteuil.

Critère 8 L'installation de la personne préserve son intimité et sa dignité.

Répondre **OUI** si l'environnement est calme et familier pour la personne âgée, si le matériel de contention est le plus discret possible et que la tenue vestimentaire, le lieu où est installée la personne âgée et l'installation physique sont les plus appropriés.

Critère 9 La personne a accès à un système d'appel dont elle connaît le fonctionnement.

Répondre **OUI** si le patient a accès à un système d'appel dont il connaît le fonctionnement.

Répondre **NA** en cas d'impossibilité d'utiliser un système d'appel.

Critère 10 Des activités sont proposées pour le confort psychologique de la personne.

Répondre **OUI** si la personne âgée a bénéficié d'activités dont le but est de favoriser son confort psychologique.

Répondre **NA** uniquement l'état de santé de la personne âgée ne le permet pas.

Annexe 3 - Documents (source : Cd Rom 2005)

PROTOCOLE DE L'AUDIT CLINIQUE CIBLE Audit de pratiques : la mise en place n°1 (CPPAmep)

Préambule

La pratique de la contention physique des personnes âgées, utilisée le plus souvent pour prévenir les chutes et pour contenir l'agitation est fréquente.

Elle porte atteinte à la liberté et expose à de nombreux risques tout en ayant une efficacité aléatoire.

Ce protocole est issu de celui qui a été élaboré lors de l'expérimentation à l'échelon national de l'Audit Clinique dans les établissements de santé en 2001-02 intitulé : *Audit Clinique : limiter les risques de la contention physique de la personne âgée*.

En fonction du contexte de l'établissement, du risque encouru par les patients, des objectifs poursuivis, il est possible de sélectionner un ou plusieurs segments du processus parmi les quatre ACC proposés :

- améliorer la qualité de la prescription médicale de la contention : la mise en place : (CPPAmep),
- améliorer la qualité de l'information sur la contention auprès des patients et de ses proches : information et communication (CPPAinf),
- assurer la sécurité et le confort lors de la contention : installation et confort (CPPAins),
- améliorer la surveillance de la contention, centrée sur les risques : surveillance (CPPAsur).

7. Le champ d'application

Toute personne âgée de plus de 65 ans, capable de se mobiliser, hospitalisée dans un service de soins ou prise en charge par un établissement d'hébergement pour personne âgée dépendante (EHPAD) ou de soins de longue durée (ESLD).

8. Les critères d'inclusion

Seule la contention physique dite passive pour des personnes âgées, capables de se mobiliser, est abordée. La contention physique dite passive est un procédé qui utilise des moyens, méthodes, matériels ou vêtements pour empêcher ou limiter les capacités de mobilisation volontaire de tout ou d'une partie du corps, dans le seul but d'obtenir de la sécurité pour une personne âgée qui présente un comportement estimé dangereux ou mal adapté.

9. Le type d'étude

Il s'agit d'une étude prospective, « un jour donné » de la semaine.

10. Les sources et les modes de recueil

Les sources d'information peuvent être selon le critère : le dossier de soins du patient, l'observation de la pratique ou l'interview des soignants.

Le recueil de données est placé sous la responsabilité du coordinateur de l'audit qui en assure la conservation et la confidentialité.

11. La taille de l'échantillon

30 dossiers.

12. La période d'évaluation

6 semaines.

GRILLE DE RECUEIL DES DONNEES
Audit de pratiques : la mise en place n°1 (CPPAmep)

Date : Établissement / secteur d'activité:

N° de la grille :

Nom de l'évaluateur :

Identification du patient : les 3 premières lettres

ou étiquette

OBJECTIF : améliorer la qualité de la prescription médicale de la contention

N°	CRITERES	OUI	NON	NA	SOURCE	COMMENTAIRES
1	La contention programmée est prescrite par le médecin.				DPA	
2	La contention appliquée en urgence par l'équipe de soins est confirmée par le médecin.				DPA	
3	Les raisons de la contention sont notées dans le dossier.				DPA	
4	La prescription est faite après appréciation du rapport risque / bénéfice pour le sujet âgé par l'équipe pluridisciplinaire.				DPA + ES	
5	L'appréciation du bénéfice /risque est notée dans le dossier.				DPA	
6	La durée de la contention est prescrite.				DPA	
7	Le matériel utilisé pour la contention est prescrit.				DPA	
8	La surveillance des risques est programmée dans le dossier du patient.				DPA	
9	La contention a été reconduite par une prescription médicale motivée toutes les 24 heures.				DPA	

ES : enquête auprès des soignants

DPA : dossier du patient

LE GUIDE D'UTILISATION DE LA GRILLE DE RECUEIL

Audit de pratiques : la mise en place n° 1 (CPPAme p)

Critère 1 La contention programmée est prescrite par le médecin.

La prescription médicale est l'étape du processus de contention qui vient valider l'évaluation du rapport risque / bénéfique réalisée par l'équipe pluridisciplinaire.

Répondre **OUI** si l'on retrouve une trace écrite de la prescription médicale dans le dossier du patient.

Critère 2 La contention appliquée en urgence par l'équipe de soins est confirmée par le médecin.

Répondre **OUI** quand la prescription confirmant la mise en place de la contention est retrouvée dans le dossier du patient.

Répondre **NA** quand la contention n'est pas mise en place en urgence.

Critère 3 Les raisons de la contention sont notées dans le dossier.

Répondre **OUI** si les raisons d'immobiliser sont recherchées et notées dans le dossier (risque de chutes, troubles du comportement, déambulation...).

Critère 4 La prescription est faite après appréciation du rapport risque / bénéfique pour le sujet âgé par l'équipe pluridisciplinaire.

La décision d'immobiliser au lit ou au fauteuil une personne âgée est ainsi éclairée par l'avis des différents membres de l'équipe soignante qui évaluent ensemble le risque de chute, le risque lié à la déambulation excessive ou l'agitation et le risque potentiel lié à la contention pour le sujet âgé ainsi que les conséquences possibles de la contention. Répondre **OUI** si on trouve une trace de ce débat dans le dossier soignant ou par l'interview des soignants.

Critère 5 L'appréciation du bénéfice /risque est notée dans le dossier.

Répondre **OUI** si les éléments de l'appréciation bénéfice risque sont retrouvés dans le dossier du patient.

Critère 6 La durée de la contention est prescrite.

Répondre **OUI** si la durée de la prescription est notée dans le dossier du patient.

Critère 7 Le matériel utilisé pour la contention est prescrit.

Répondre **OUI** si le matériel est prescrit et s'il est spécifique: matériel précis pour le fauteuil et le lit. Dans le cas d'un lit standard, le matériel doit être fixé au sommier ou au cadre du lit. Dans le cas d'un lit à hauteur variable, le matériel est fixé aux parties qui bougent avec le malade. Le matériel utilisé pour le fauteuil ne doit pas être détourné (drap, alèses, table).

Critère 8 La surveillance des risques est programmée dans le dossier du patient.

La surveillance est physique, psychologique et environnementale. Il est important de contrôler l'existence de symptômes concernant la fonction respiratoire, l'hydratation, l'état cutané au niveau des points d'attache, la continence. Il est important également de repérer des sentiments de peur et d'humiliation ou tout autre sentiment en lien avec la contention.

Répondre **OUI** si la prescription de la surveillance des risques est notée dans le dossier du patient.

Critère 9 La contention a été reconduite par une prescription médicale motivée toutes les 24 heures.

Répondre **OUI** si la prescription de la reconduction de la contention est notée dans le dossier du patient.

Répondre **NA** si l'hospitalisation n'excède pas 24 heures exemple dans le service des urgences.

PROTOCOLE DE L'AUDIT CLINIQUE CIBLE

Audit de pratiques : information et communication n°2 (CCPAinf)

Préambule

La pratique de la contention physique des personnes âgées, utilisée le plus souvent pour prévenir les chutes et pour contenir l'agitation est fréquente.

Elle porte atteinte à la liberté et expose à de nombreux risques tout en ayant une efficacité aléatoire.

Ce protocole est issu de celui qui a été élaboré lors de l'expérimentation à l'échelon national de l'Audit Clinique dans les établissements de santé en 2001-02 intitulé : *Audit Clinique : limiter les risques de la contention physique de la personne âgée*.

En fonction du contexte de l'établissement, du risque encouru par les patients, des objectifs poursuivis, il est possible de sélectionner un ou plusieurs segments du processus parmi les quatre ACC proposés :

- améliorer la qualité de la prescription médicale de la contention : la mise en place : (CPPAmep),
- améliorer la qualité de l'information sur la contention auprès des patients et de ses proches : information et communication (CCPAinf),
- assurer la sécurité et le confort lors de la contention : installation et confort (CPPAins),
- améliorer la surveillance de la contention, centrée sur les risques : surveillance (CPPAsur).

13. Le champ d'application

Toute personne âgée de plus de 65 ans, capable de se mobiliser, hospitalisée dans un service de soins ou prise en charge par un établissement d'hébergement pour personne âgée dépendante (EHPAD) ou de soins de longue durée (ESLD).

14. Les critères d'inclusion

Seule la contention physique dite passive pour des personnes âgées, capables de se mobiliser, est abordée. La contention physique dite passive est un procédé qui utilise des moyens, méthodes, matériels ou vêtements pour empêcher ou limiter les capacités de mobilisation volontaire de tout ou d'une partie du corps, dans le seul but d'obtenir de la sécurité pour une personne âgée qui présente un comportement estimé dangereux ou mal adapté.

15. Le type d'étude

Il s'agit d'une étude prospective, « un jour donné » de la semaine.

16. Les sources et les modes de recueil

Les sources d'information peuvent être selon le critère : le dossier de soins du patient, l'observation de la pratique ou l'interview des soignants.

Le recueil de données est placé sous la responsabilité du coordinateur de l'audit qui en assure la conservation et la confidentialité.

17. La taille de l'échantillon

30 dossiers.

18. La période d'évaluation

6 semaines.

GUIDE DE L'UTILISATEUR DE LA GRILLE DES DONNEES
Audit de pratiques : information et communication n°2 (CPPAinf)

Information et Communication sur la contention physique de la personne âgée

Il s'agit d'un audit de pratiques

Critère 1 Le patient ou résident est informé dans le but de recueillir son consentement.

Répondre **OUI** si la personne âgée a une information accessible qui lui permette de comprendre les buts d'un acte de soins qui le prive momentanément de sa liberté d'aller et venir. Obtenir sinon son consentement, du moins sa compréhension des fondements cliniques de cette décision.

Aucune exception, même si la personne âgée ne paraît pas en mesure de comprendre.

Source : le recueil repose sur l'interrogatoire de l'équipe soignante.

Critère 2 Les proches sont informés des raisons de la contention.

Répondre **OUI** si les proches ont une information accessible qui leur permette de comprendre les buts d'un acte de soins qui prive momentanément un sujet de sa liberté d'aller et venir. Obtenir sinon leur compréhension des fondements cliniques de cette décision.

Répondre **NA** si la personne est isolée, n'a aucun proche.

Source : le recueil repose sur l'interrogatoire de l'équipe soignante.

Critère 3 L'information au patient et le cas échéant à ses proches est notée dans le dossier.

Répondre **OUI** si l'on retrouve la trace écrite de l'information apportée dans le dossier du patient.

Installation

PROTOCOLE DE L'AUDIT CLINIQUE CIBLE Audit de pratiques : installation et confort n°3 (CPPAins)

Préambule

La pratique de la contention physique des personnes âgées, utilisée le plus souvent pour prévenir les chutes et pour contenir l'agitation est fréquente.

Elle porte atteinte à la liberté et expose à de nombreux risques tout en ayant une efficacité aléatoire.

Ce protocole est issu de celui qui a été élaboré lors de l'expérimentation à l'échelon national de l'Audit Clinique dans les établissements de santé en 2001-02 intitulé : *Audit Clinique : limiter les risques de la contention physique de la personne âgée*.

En fonction du contexte de l'établissement, du risque encouru par les patients, des objectifs poursuivis, il est possible de sélectionner un ou plusieurs segments du processus parmi les quatre ACC proposés :

- améliorer la qualité de la prescription médicale de la contention : la mise en place : (CPPAmep),
- améliorer la qualité de l'information sur la contention auprès des patients et de ses proches : information et communication (CPPAinf),
- assurer la sécurité et le confort lors de la contention : installation et confort (CPPAins),
- améliorer la surveillance de la contention, centrée sur les risques : surveillance (CPPAsur).

19. Le champ d'application

Toute personne âgée de plus de 65 ans, capable de se mobiliser, hospitalisée dans un service de soins ou prise en charge par un établissement d'hébergement pour personne âgée dépendante (EHPAD) ou de soins de longue durée (ESLD).

20. Les critères d'inclusion

Seule la contention physique dite passive pour des personnes âgées, capables de se mobiliser, est abordée. La contention physique dite passive est un procédé qui utilise des moyens, méthodes, matériels ou vêtements pour empêcher ou limiter les capacités de mobilisation volontaire de tout ou d'une partie du corps, dans le seul but d'obtenir de la sécurité pour une personne âgée qui présente un comportement estimé dangereux ou mal adapté.

21. Le type d'étude

Il s'agit d'une étude prospective, « un jour donné » de la semaine.

22. Les sources et les modes de recueil

Les sources d'information peuvent être selon le critère : le dossier de soins du patient, l'observation de la pratique ou l'interview des soignants.

Le recueil de données est placé sous la responsabilité du coordinateur de l'audit qui en assure la conservation et la confidentialité.

23. La taille de l'échantillon

30 dossiers.

24. La période d'évaluation

6 semaines.

GRILLE DE RECUEIL DES DONNEES
Audit de pratiques : installation et confort n°3 (CPPAins)

**Deux grilles et deux guides sont mis à disposition selon que
la contention est effectuée au fauteuil, au lit ou les 2.**

Assurer la sécurité et le confort lors de la contention physique de la personne âgée

AU FAUTEUIL

Date : Établissement / secteur d'activité:

N° de la grille :

Nom de l'évaluateur :

Identification du patient : les 3 premières lettres □□□

ou étiquette

OBJECTIF : assurer la sécurité et le confort lors de la contention

N°	CRITERES	OUI	NON	NA	SOURCE	COMMENTAIRES
1	La contention au fauteuil est pratiquée à l'aide de matériel spécifique.				OD + ES	
2	La contention au fauteuil est pratiquée à l'aide de matériel adapté à la taille de la personne.				OD + ES	
3	L'installation de la personne préserve son intimité et sa dignité.				OD + ES	
4	La personne a accès à un système d'appel dont elle connaît le fonctionnement.				OD + ES	
5	Des activités sont proposées pour le confort psychologique de la personne.				OD + ES	

ES : enquête auprès des soignants

OD : observation directe

GRILLE DE RECUEIL DES DONNEES
Audit de pratiques : installation et confort n°3 (CPPAins)

**Deux grilles et deux guides sont mis à disposition selon que
la contention est effectuée au fauteuil, au lit ou les 2.**

Assurer la sécurité et le confort lors de la contention physique de la personne âgée

AU LIT

Date : Établissement / secteur d'activité:

N° de la grille :

Nom de l'évaluateur :

Identification du patient : les 3 premières lettres

ou étiquette

OBJECTIF : assurer la sécurité et le confort lors de la contention

N°	CRITERES	OUI	NON	NA	SOURCE	COMMENTAIRES
1	La contention au lit est pratiquée à l'aide de matériel spécifique.				OD + ES	
2	La contention au lit est pratiquée à l'aide de matériel adapté à la taille de la personne.				OD + ES	
3	La contention au lit à hauteur variable est fixée aux parties mobiles qui bougent avec le malade.				OD + ES	
4	La contention au lit standard est fixée au sommier ou au cadre de lit.				OD + ES	
5	La tête de lit est surélevée.				OD + ES	
6	L'installation de la personne préserve son intimité et sa dignité.				OD + ES	
7	La personne a accès à un système d'appel dont elle connaît le fonctionnement.				OD + ES	
8	Des activités sont proposées pour le confort psychologique de la personne.				OD + ES	

ES : enquête auprès des soignants

OD : observation directe

GUIDE D'UTILISATION DE LA GRILLE DE RECUEIL Audit de pratiques : installation et confort n°3 (CPPAins)

Deux grilles et deux guides sont mis à disposition selon que
la contention est effectuée au fauteuil, au lit ou les 2.

Installation et confort de la contention physique de la personne âgée

AU FAUTEUIL

Il s'agit d'un audit de pratiques

Critère 1 La contention au fauteuil est pratiquée à l'aide de matériel spécifique.

Prévenir les risques de compression liés au matériel de contention. Prévenir les risques liés aux escarres.
Répondre **OUI** si l'observation directe et le dossier du patient permettent de déterminer la nature spécifique du matériel utilisé.

Le recueil préalable de données doit permettre de renseigner ce critère.

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

⇒ La nature du matériel spécifique utilisé :

- Matériel spécifique :
 - Les gilets et les sangles thoraciques, les ceintures,
 - Les attaches de poignets et de chevilles,
 - Les sièges gériatriques, sièges avec un adaptable fixé,
- Matériel non spécifique, tout matériel détourné de son usage :
 - Drap ou tout vêtement qui limite les mouvements volontaires du corps,
 - Mobilier (table, adaptable...).

Critère 2 La contention au fauteuil est pratiquée à l'aide de matériel adapté à la taille de la personne.

Répondre **OUI** si l'observation directe et le dossier du patient permettent de préciser si le matériel spécifique est adapté à la taille de la personne, au type de contention nécessaire.

Critère 3 L'installation de la personne préserve son intimité et sa dignité.

Répondre **OUI** si l'environnement est calme et familier pour la personne âgée, si le matériel de contention est le plus discret possible et que la tenue vestimentaire, le lieu où est installée la personne âgée et l'installation physique sont les plus appropriés.

Critère 4 La personne a accès à un système d'appel dont elle connaît le fonctionnement.

Répondre **OUI** si le patient a accès à un système d'appel dont il connaît le fonctionnement.
Répondre **NA** en cas d'impossibilité d'utiliser un système d'appel.

Critère 5 Des activités sont proposées pour le confort psychologique de la personne.

Répondre **OUI** si la personne âgée a bénéficié d'activités dont le but est de favoriser son confort psychologique.
Répondre **NA** uniquement l'état de santé de la personne âgée ne le permet pas.

GUIDE D'UTILISATION DE LA GRILLE DE RECUEIL Audit de pratiques : installation et confort n°3 (CPPAins)

**Deux grilles et deux guides sont mis à disposition selon que
la contention est effectuée au fauteuil, au lit ou les 2.**

Installation et confort de la contention physique de la personne âgée

AU LIT

Il s'agit d'un audit de pratiques

Critère 1 La contention au lit est pratiquée à l'aide de matériel spécifique.

Répondre **OUI** si l'observation directe et le dossier du patient permettent de déterminer la nature spécifique du matériel utilisé.

Répondre **NA** en cas de contention au lit.

Le recueil préalable de données sur la nature du matériel utilisé doit permettre de renseigner ce critère :

- Matériel spécifique :
 - Les attaches de poignets et de chevilles,
 - Les barrières de lit ;
- Matériel non spécifique, tout matériel détourné de son usage :
 - Drap ou tout vêtement qui limite les mouvements volontaires du corps,
 - Mobilier (table, adaptable...).

Préciser si le matériel spécifique est en bon état.

Préciser s'il y a eu blessure due au matériel de contention et le type de blessure.

Préciser si une prévention d'escarre est prévue dans le dossier du patient.

Critère 2 La contention au lit est pratiquée à l'aide de matériel adapté à la taille de la personne.

Répondre **OUI** si l'observation directe et le dossier du patient permettent de préciser si le matériel spécifique est adapté à la taille de la personne, au type de contention nécessaire.

Critère 3 La contention au lit à hauteur variable est fixée aux parties mobiles qui bougent avec le malade.

Répondre **OUI** si l'observation directe permet de vérifier le point suivant pour les contentions à un lit à hauteur variable : les points d'attaches lors de chaque épisode de contention au lit sont attachés à l'armature du lit qui bouge avec le malade.

Critère 4 La contention au lit standard est fixée au sommier ou au cadre de lit.

Répondre **OUI** si le point suivant est vérifié pour les contentions à un lit standard : les points d'attaches lors de chaque épisode de contention au lit sont attachés aux parties fixes du lit.

Critère 5 La tête de lit est surélevée.

Répondre **OUI** si le point suivant est vérifié pour les contentions au lit : La tête de lit est surélevée.

Critère 6 L'installation de la personne préserve son intimité et sa dignité.

Répondre **OUI** si l'environnement est calme et familier pour la personne âgée, si le matériel de contention est le plus discret possible et que la tenue vestimentaire, le lieu où est installée la personne âgée et l'installation physique sont les plus appropriés.

Critère 7 La personne a accès à un système d'appel dont elle connaît le fonctionnement.

Répondre **OUI** si le patient a accès à un système d'appel dont il connaît le fonctionnement.

Répondre **NA** en cas d'impossibilité d'utiliser un système d'appel.

Critère 8 Des activités sont proposées pour le confort psychologique de la personne.

Répondre **OUI** si la personne âgée a bénéficié d'activités dont le but est de favoriser son confort psychologique.

Répondre **NA** uniquement l'état de santé de la personne âgée ne le permet pas.

Surveillance

PROTOCOLE DE L'AUDIT CLINIQUE CIBLE Audit de pratiques : surveillance de la contention n°4 (CPPAsur)

Préambule

La pratique de la contention physique des personnes âgées, utilisée le plus souvent pour prévenir les chutes et pour contenir l'agitation est fréquente.

Elle porte atteinte à la liberté et expose à de nombreux risques tout en ayant une efficacité aléatoire.

Ce protocole est issu de celui qui a été élaboré lors de l'expérimentation à l'échelon national de l'Audit Clinique dans les établissements de santé en 2001-2002 intitulé : *Audit Clinique : limiter les risques de la contention physique de la personne âgée*.

En fonction du contexte de l'établissement, du risque encouru par les patients, des objectifs poursuivis, il est possible de sélectionner un ou plusieurs segments du processus parmi les quatre ACC proposés :

- améliorer la qualité de la prescription médicale de la contention : la mise en place : (CPPAmep),
- améliorer la qualité de l'information sur la contention auprès des patients et de ses proches : information et communication (CPPAinf),
- assurer la sécurité et le confort lors de la contention : installation et confort (CPPAins),
- améliorer la surveillance de la contention, centrée sur les risques : surveillance (CPPAsur).

25. Le champ d'application

Toute personne âgée de plus de 65 ans, capable de se mobiliser, hospitalisée dans un service de soins ou prise en charge par un établissement d'hébergement pour personne âgée dépendante (EHPAD) ou de soins de longue durée (ESLD).

26. Les critères d'inclusion

Seule la contention physique dite passive pour des personnes âgées, capables de se mobiliser, est abordée.

La contention physique dite passive est un procédé qui utilise des moyens, méthodes, matériels ou vêtements pour empêcher ou limiter les capacités de mobilisation volontaire de tout ou d'une partie du corps, dans le seul but d'obtenir de la sécurité pour une personne âgée qui présente un comportement estimé dangereux ou mal adapté.

27. Le type d'étude

Il s'agit d'une étude prospective, « un jour donné » de la semaine.

28. Les sources et les modes de recueil

Les sources d'information peuvent être selon le critère : le dossier de soins du patient, l'observation de la pratique ou l'interview des soignants.

Le recueil de données est placé sous la responsabilité du coordinateur de l'audit qui en assure la conservation et la confidentialité.

29. La taille de l'échantillon

30 dossiers.

30. La période d'évaluation

6 semaines.

GRILLE DE RECUEIL DES DONNEES
Audit de pratiques : surveillance de la contention n°4 (CPPAsur)

Date : Établissement / secteur d'activité:

N° de la grille :

Nom de l'évaluateur :

Identification du patient : les 3 premières lettres
ou étiquette

OBJECTIF : améliorer la surveillance de la contention, centrée sur les risques						
N°	CRITERES	OUI	NON	NA	SOURCE	COMMENTAIRES
1	La surveillance de la contention est programmée et retranscrite dans le dossier du patient.				DPA	
2	Les risques liés à l'immobilisation sont prévenus.				DPA + OD	
3	La contention est levée le plus souvent possible pour permettre à la personne âgée d'effectuer des activités de la vie quotidienne et maintenir son état fonctionnel.				DPA	
4	L'état de santé de la personne âgée et les conséquences de l'immobilisation sont évaluées au moins toutes les 24 heures				DPA	
5	Les soins liés à l'hygiène sont assurés et notés dans le dossier.				DPA + OD	
6	Les soins liés à l'alimentation sont assurés et notés dans le dossier.				DPA + OD	
7	Les soins liés à l'hydratation sont assurés et notés dans le dossier.				DPA + OD	

DPA : dossier du patient OD : observation directe

GUIDE D'UTILISATION DE LA GRILLE DE RECUEIL

Audit de pratiques : surveillance de la contention n°4 (CPPAsur)

Critère 1 La surveillance de la contention est programmée et retranscrite dans le dossier du patient.

La surveillance est physique, psychologique et environnementale. Il est important de contrôler l'existence de symptômes concernant la fonction respiratoire, l'hydratation, l'état cutané au niveau des points d'attache, la continence. Il est important également de repérer des sentiments de peur et d'humiliation ou tout autre sentiment en lien avec la contention.

Ce critère repose d'une part sur la programmation préalable de tout acte de surveillance pour une personne âgée immobilisée et d'autre part sur l'enregistrement de la réalisation de chaque acte effectué. Ce critère nécessite une recherche attentive et rigoureuse de l'enregistrement de la programmation et de la réalisation des actes de surveillance.

Répondre **OUI** si la surveillance est programmée et retranscrite dans le dossier du patient.

Critère 2 Les risques liés à l'immobilisation sont prévenus.

Ce critère repose d'une part sur la programmation préalable de tout acte de surveillance pour une personne âgée immobilisée et d'autre part sur l'enregistrement de la réalisation de chaque acte effectué.

Ce critère nécessite une recherche attentive et rigoureuse de l'enregistrement de la programmation et de la réalisation des actes de surveillance.

Répondre **OUI** s'il n'y a pas d'écart entre la programmation et la réalisation de chaque acte de surveillance.

La surveillance repose

- sur des paramètres physiques :
La fonction respiratoire
L'état cutané au niveau des points d'attaches et des points d'appui
La continence
- sur des paramètres psychologiques et environnementaux :
Il apparaît important de pratiquer une écoute active pour repérer les sentiments de peur, d'humiliation ou tout autre sentiment éprouvé par la personne en lien avec la contention.

Critère 3 La contention est levée le plus souvent possible pour permettre à la personne âgée d'effectuer des activités de la vie quotidienne et maintenir son état fonctionnel.

Répondre **OUI** si les activités proposées et effectuées par la personne âgée sont enregistrées dans le dossier patient.

Ce critère peut être considéré comme **NA** « non applicable » uniquement en raison de l'état de santé de la personne âgée.

Critère 4 L'état de santé de la personne âgée et les conséquences de l'immobilisation sont évaluées au moins toutes les 24 heures.

Le but est de fonder le renouvellement ou l'arrêt de la contention sur des éléments liés à l'évolution de l'état de santé du sujet âgé et des conséquences de la contention

Répondre **OUI** si les effets délétères de la contention et des modifications du comportement du sujet âgé qui rendent ou non possible l'arrêt de cette mesure sont notés dans le dossier toutes les 24 heures.

Critère 5 Les soins liés à l'hygiène sont assurés et notés dans le dossier.

Ce critère repose d'une part sur la programmation préalable de tout acte de surveillance pour une personne âgée immobilisée et d'autre part sur l'enregistrement de la réalisation de chaque acte effectué.

Ce critère nécessite une recherche attentive et rigoureuse de l'enregistrement de la programmation et de la réalisation des actes de surveillance. Le critère est jugé rempli s'il n'y a pas d'écart entre la programmation et la réalisation de chaque acte de surveillance.

Répondre **OUI** si les soins liés à l'hygiène sont assurés, programmés et retranscrits dans le dossier du patient.

Critère 6 Les soins liés à l'alimentation sont assurés et notés dans le dossier.

Ce critère repose d'une part sur la programmation préalable de tout acte de surveillance pour une personne âgée immobilisée et d'autre part sur l'enregistrement de la réalisation de chaque acte effectué.

Ce critère nécessite une recherche attentive et rigoureuse de l'enregistrement de la programmation et de la réalisation des actes de surveillance. Le critère est jugé rempli s'il n'y a pas d'écart entre la programmation et la réalisation de chaque acte de surveillance.

Répondre **OUI** si la surveillance est programmée et retranscrite dans le dossier du patient. Il existe une évaluation de l'état nutritionnel. Les soins liés à la nutrition sont assurés.

Critère 7 Les soins liés à l'hydratation sont assurés et notés dans le dossier.

Ce critère repose d'une part sur la programmation préalable de tout acte de surveillance pour une personne âgée immobilisée et d'autre part sur l'enregistrement de la réalisation de chaque acte effectué.

Ce critère nécessite une recherche attentive et rigoureuse de l'enregistrement de la programmation et de la réalisation des actes de surveillance. Le critère est jugé rempli s'il n'y a pas d'écart entre la programmation et la réalisation de chaque acte de surveillance.

Répondre **OUI** s'il existe une évaluation de l'hydratation une programmation des soins liés à une déshydratation potentielle.

Références

1. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Réussir un audit clinique et son plan d'amélioration. Guide pratique. Saint Denis la Plaine: ANAES; 2003.
2. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée. Guide pratique. Paris: ANAES; 2000.
3. Ministère des solidarités de la santé et de la famille. Décret n° 2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles. *Journal Officiel* 2005;18:6730-1.
4. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Manuel d'accréditation des établissements de santé - Deuxième procédure d'accréditation. Paris: ANAES; 2004.
5. Haute Autorité de santé. L'évaluation des pratiques professionnelles dans le cadre de l'accréditation des établissements de santé. Saint Denis La Plaine: HAS; 2005.
6. Locquet C, Ravineau MJ, Mayault C, Desplanques-Leperre A, Chabot JM. L'audit clinique ciblé pour évaluer les pratiques professionnelles. résultats préliminaires de la mise en oeuvre dans les 177 établissements de santé français. *Gest Hosp* 2005;344:329-35.
7. American Geriatrics Society. Guidelines for restraint use. AGS position statement 1997. <<http://www.americangeriatrics.org/products/positionpapers/restraintsupdate.shtml>> [consulté le 30-5-2006].
8. Association des Hôpitaux de Québec. Utilisation de la contention et de l'isolement : une approche intégrée. Cadre de référence. Montréal: AHQ; 2004.
9. Capezuti E, Talerico K. Suppression des contentions physiques, chutes et blessures. In: Vellas B, Fitten LJ, ed. *Maladie d'Alzheimer. Recherche et pratique clinique*. Paris: Serdi Editions; 1999. p. 287-305.
10. Food and Drug Administration. Safe use of physical restraint devices. Rockville: FDA; 1992.
11. Frengley JD. Bedrails: do they have a benefit. *J Am Geriatr Soc* 1999;47:627-8.
12. Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing. Best practice: falls in hospitals. Adelaïde: JBIEBN; 2004.
13. Joint Commission on Accreditation of Health Care. Revised standards and scoring guidelines for restraint and seclusion. Oakbrook Terrace: JCAHO; 1996.
14. Joint Commission on Accreditation of Health Care. Restrain and seclusion. Complying with Joint commission Standards. Oakbrook Terrace: JCAHO; 2002.
15. Neufeld RR, Libow LS, Foley WJ, Dunbar JM, Cohen C, Breuer B. Restraint reduction reduces serious injuries among nursing home residents. *J Am Geriatr Soc* 1999;47:1202-7.

Participants

Groupe de travail ACC et remerciements

Ce document a été rédigé par M. le Dr Yves PASSADORI, référent national sur ce thème d'audit clinique ciblé, sous la coordination du comité de pilotage : Mme le Dr Claudie LOCQUET, Mme Marie-José RAVINEAU, Mme le Dr Catherine MAYAULT et Mme le Dr Armelle DESPLANQUES, chefs de projet à la HAS et de M. le Pr Jean-Michel CHABOT, Responsable du Service Evaluation des Pratiques, avec le concours des assistantes Mme Corinne CAMIER, Mme Karima NICOLA et M. Vincent BON-GEORGES.

Nous remercions :

Le référent du thème « contention physique de la personne âgée »

M. le Dr Yves PASSADORI.

Les référents traitement des données

M. le Dr LAIRY Gérard, Mme le Dr LATHÉLIZE Monique, Messieurs PAPON René et VIGNALLY Pascal.

Les référents des 8 thèmes ACC « Clé en mains »

Mme le Dr BISMUTH Marie-Jeanne et M. René PAPON : Thème SU
« Pose et surveillance des sondes urinaires »

M. le Dr BOUET Roland et Mme PULTIER Madeleine : Thème TSU
« Prise en charge hospitalière des suicidants »

Mme DARMON Marie-José : Thème PSP
« Préparation de la sortie du patient hospitalisé »

Mme le Dr LATHÉLIZE Monique : Thème ATBP
« Antibioprophylaxie en chirurgie de première intention »

Mme le Dr MICHEL Micheline : Thème DPA
« Prise en charge de la douleur chez la personne âgée »

M le Dr PASSADORI Yves : Thème CPPA
« Contention physique de la personne âgée »

Mme PEREZ-RABOISSON Françoise : Thème PARTO
« Évaluation de la surveillance du travail et de l'accouchement par la tenue du partogramme »

Mme THIERY-BAJOLET Roselyne Thème CCI
« Chambres à Cathéter Implantables »

Les référents méthode

M. le Dr BOURDERONT Dominique, Alsace
M. le Dr FRASIE Jean-Michel, Alsace
M. IDOUX Bernard, Alsace
M. ROUILLON Rodolphe, Alsace
M. le Dr PASSADORI Yves, Alsace
Mme le Dr LAJZEROWICZ Nathalie, Aquitaine
M. le Dr BODIGUEL Eric, Auvergne
Mme le Dr D'ALCHE-GAUTIER Marie-José, Basse Normandie
Mme le Dr BISMUTH Marie-Jeanne, Bourgogne
Mme le Dr COUTTE Marie-Bénédicte, Bretagne
Mme le Dr MICHEL Micheline, Bretagne
Mme BERTEVAS Catherine, Bretagne
M. le Dr BODIGUEL Eric Centre
M. PAPON René Centre
Mme MARTIN Dominique, Champagne Ardennes
Mme THIERY-BAJOLET Roselyne, Champagne Ardennes
M. le Dr FERRY Jean-Pierre, Franche Comté
M. le Dr JARRIGE Bruno, Guadeloupe
Mme le Dr D'ALCHE-GAUTIER, Marie-José, Haute Normandie
Mme BUSSY Catherine, Ile de France
Mme GABA-LEROY Chantal, Ile de France
M. le Dr LAIRY Gérard, Ile de France
Mme le Dr PRIVAT-PAIN Christiane, Ile de France
Mme RAVINEAU Marie-José, Ile de France
M. le Dr SQUARA Pierre, Ile de France
Mme ROBINEAU Isabelle, Ile de France
Mme DELEMARRE Josette Ile de France
Mme RABOISSON Françoise, Languedoc Roussillon
Mme le Dr LATHELIZE Monique, Limousin

M. PLANSONT Laurent, Limousin
M. le Dr MIGET Patrick, Lorraine
M. PERISSE Dominique, Midi Pyrénées
M. le Dr PIGNAL François, Midi Pyrénées
Mme DEHOORNE Frédérique, Nord Pas de Calais
Mme SALCZYNSKI Annette, Nord Pas de Calais
Mme VANHEE-GALOIS Anne, Nord Pas de Calais
Mme AUDIBERT Claudine, PACA
Mme DARMON Marie-José, PACA
Mme PULTIER Madeleine, PACA
M. le Dr SOUTIF Claude, PACA
Mme le Dr SARTOR Catherine, PACA
M. le Dr STROUMZA Paul, PACA
Mme le Dr BOUTE Catherine, Pays de la Loire
M. le Dr CHAINE Francois-Xavier, Picardie
M. le Dr BOUET Roland, Poitou Charentes
Mme BERTINI Nicole, Rhône Alpes
M. le Pr FRANCOIS Patrice, Rhône Alpes
M. le Dr LEPAPE Alain, Rhône Alpes

Les coordonnateurs et les équipes professionnelles des établissements de santé

Monsieur Rodolphe ROUILLON, Centre Médical Sainte-Anne JUNGHOLTZ, GUEBWILLER

Madame Chantal BILGER, Centre Hospitalier de Mulhouse, MULHOUSE Cedex

Monsieur Fabrice FREPPEL, Centre Médical de SAALES, SAALES

Madame Nathalie AMBERG, Hôpital Intercommunal du Val d'Argent, SAINTE MARIE AUX MINES

Monsieur Thierry LAMAGAT, Centre Hospitalier Henri Mondor, AURILLAC Cedex

Madame Nicole BORT, Centre Hospitalier, NEVERS

Madame Michelle LEBAQUER, Centre Hospitalier de Guingamp, GUINGAMP

Madame Claudine URIEN, Centre Hospitalier de Guingamp, GUINGAMP

Madame Françoise BOULANGE, Centre Hospitalier de Guingamp, GUINGAMP

Madame Catherine MORAGUES, Hôpital de Lannion - Centre Hospitalier Pierre Le Damany, LANNION

Monsieur Jacques KEROUEDAN, Centre Hospitalier de Cornouaille, QUIMPER

Madame Marie-Claude DESEQUELLES, Centre Hospitalier Général de Dreux - Hôpital V. JOUSSELIN, DREUX CEDEX

Madame Séverine ROMAIN, Hôpital Local, SULLY S/LOIRE

Monsieur Jean-Pierre MARY, Centre Hospitalier de Vendome, VENDÔME Cedex

Madame Corinne BERCHET, Centre Hospitalier, CHAUMONT

Madame S. SYLVANT, Centre Hospitalier Universitaire Saint Jacques, BESANCON Cedex

Madame Viviane VANDENBOSSCHE, Centre Hospitalier, BERNAY Cedex

Madame RIGAUD-VIN, Hôpital Simone VEIL - G.H Eaubonne-Montmorency, EAUBONNE

Madame Marie-Annick TRICOIRE, Centre Hospitalier Intercommunal André Grégoire, MONTREUIL CEDEX

Madame Patra AHYA, Hôpital St Joseph, PARIS CEDEX 14

Madame Violette PEDRONO, Groupe Hospitalier Sainte-Périne, PARIS CEDEX 16

Monsieur Valéry ANTOINE, Centre Hospitalier Intercommunal Poissy Saint-Germain, POISSY

Madame Julie SWAENEPOËL, Hôpital FOCH, SURESNES CEDEX

Madame Michèle TRIERWEILER, Centre Hospitalier René Dubos, CERGY-PONTOISE CEDEX

Madame Josette COURAU-COURTOIS, Centre Hospitalier de Versailles - Hôpital André Mignot, LE CHESNAY cedex

Monsieur Fouad DAOUDI, Centre Hospitalier de Longjumeau, LONGJUMEAU cedex 1

Madame Annick MACREZ, CHU Bichat-Claude Bernard, PARIS

Monsieur Jean-Dominique HARLINGUE, Hôpital BROCA La Rochefoucault, PARIS

Madame Isabelle BRUN-AGOUNIZERA, Clinique Saint-Antoine, MONTARNAUD

Monsieur Joël BOUSCARRA, Centre de Rééducation Fonctionnelle " Mer Air Soleil ", COLLIOURE

Madame Marie-Antoinette BORDERIE, Centre Hospitalier, AUBUSSON

Madame Sylvie LECANTE, Hôpital du Docteur CHASTAINGT - CHU de LIMOGES, LIMOGES Cedex

Madame Michèle NOUAILLE, Centre Hospitalier d'USSEL, USSEL CEDEX

Monsieur Michel JOSSE, Hôpital de Freyming-Merlebach, FREYMING-MERLEBACH

Madame VUILLAUME, Hôpital du Val de Madon, MIRECOURT CEDEX

Madame Brigitte NOIRET, Hôpital Saint-Charles, SAINT-DIE-DES-VOSGES

Madame Véronique FERRIS, Centre Hospitalier de Cahors, CAHORS

Madame Dominique DELOGE, Centre Hospitalier de Denain, DENAIN CEDEX

Madame Isabelle CANONNE, Centre Hospitalier du Pays d'Apt, APT

Madame Marie-Christine TIREFORT, Centre de Gériatrie Beauséjour, HYERES cedex

Madame Régine LADAME, Centre Hospitalier Universitaire/Hôpital de Cimiez, NICE Cedex 1

Madame Dominique DESLANDES, Centre de gériatrie Charles Drouet - centre Hospitalier LE MANS, ALLONNES CEDEX

Monsieur Frédéric MIGNEN, Centre Hospitalier Loire Vendée Océan, CHALLANS Cedex

Monsieur Daniel JUVIN, Centre Hospitalier Départemental La Roche Sur Yon-Luçon-Montaigu, LA ROCHE-SUR-YON cedex 9

Monsieur Jean-Paul MAROT, Centre Hospitalier de Saint-Nazaire, SAINT NAZAIRE Cedex

Madame Marie-France LAFON, Centre Hospitalier de Compiègne, COMPIEGNE cedex

Madame Isabelle BOURET, Centre Hospitalier de Soissons, SOISSONS Cedex

Madame Annie MARTIN, Centre Hospitalier LABAJOUDERIE, CONFOLENS

Monsieur Christophe LINHARD, Centre Hospitalier Saint-Louis, LA ROCHELLE CEDEX 01

Madame Sophie FOURNIER, Centre Hospitalier Nord-Deux-Sèvres, PARTHENAY CEDEX

Madame Agnès PEYRACHE, Centre Hospitalier d'Annonay, ANNONAY cedex

Madame Danièle GUILLEMOT, Centre Hospitalier de Bourg en Bresse, BOURG EN BRESSE

Madame Monique DARBON, Centre Hospitalier Le Vinatier, BRON Cedex

Madame Mireille GUIBERTIN, Centre Hospitalier de Romans - Hôpitaux Drôme Nord, ROMANS SUR ISERE CEDEX