



Ce cahier des charges présente un des indicateurs retenus pour atteindre l'Objectif Prioritaire (OP) numéro 6 du Projet COMPAQH : Pratiques cliniques.

Les éléments de justification de la sélection de cet indicateur sont présentés dans le rapport d'étape 2003, disponible sur le site Internet du projet COMPAQH : <http://ifr69.vjf.inserm.fr/compaqh/>, et sur celui du Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports : <http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/compaqh/accueil.htm>.

Cet indicateur s'applique aux établissements de santé de Psychiatrie.

Ce cahier des charges contient deux types d'informations :

- Les modalités pratiques d'échantillonnage, de recueil de données et de construction de l'indicateur ;
- Des informations d'ordre général sur la situation clinique, le choix des critères fondant les indicateurs et l'utilisation des résultats (paragraphe 1, 6, 7, 8, 9 et 10). Ces informations n'étant pas essentielles au recueil des données, elles sont présentées dans une police plus petite.

Toute utilisation des indicateurs COMPAQH en dehors du cadre du projet de recherche doit faire l'objet d'une information préalable auprès de l'équipe de coordination <http://ifr69.vjf.inserm.fr/compaqh/>.

Date de diffusion de la première version de ce cahier des charges : 20/06/06

Date de diffusion de la version 1.1 : 10/03/08

# 1. JUSTIFICATION DE LA SITUATION CLINIQUE

## Choix du thème

Dès la fin du dix-huitième siècle, l'humanisation des soins en psychiatrie se développe, notamment en France sous l'impulsion de Philippe Pinel, qui, délivrant les aliénés de la Salpêtrière de leurs chaînes, prône la mise en œuvre d'un « traitement moral » [1, 2]. Ce « traitement moral » n'est pas accepté partout et par tous pour l'ensemble des malades, pourtant la pratique de l'isolement se développe au cours du dix-neuvième siècle et est alors considérée comme une modalité de soin, permettant d'éviter la contention [3].

L'isolement est défini comme « l'enfermement derrière une porte verrouillée » [4]. Le patient est installé dans une chambre de laquelle il ne peut sortir sans la permission de l'équipe soignante [5].

Les motifs les plus souvent avancés pour l'utilisation des chambres d'isolement sont un comportement violent envers les professionnels ou les autres patients, un comportement non violent mais inapproprié tel que l'agitation, les tentatives de « fugue », un comportement de dénudation, des risques d'automutilation et de suicide [5-7].

La fréquence d'utilisation des chambres d'isolement pour les patients hospitalisés en psychiatrie semble très variable d'un établissement à l'autre [8] ; elle concerne ainsi selon les études publiées de 0 à 66% des patients hospitalisés [3, 5, 8-15], avec un taux particulièrement élevé chez les enfants [16, 17]. Les raisons des variations observées entre les différents établissements sont multiples et reposent notamment sur la réglementation différente entre les pays, la nature de l'établissement, l'attitude de l'équipe soignante, les pathologies et le mode d'hospitalisation des patients [9, 15, 18-20]. Une raison essentielle en est toutefois l'absence de pratiques standardisées [21].

En France, peu d'études ont été publiées sur la fréquence d'utilisation des chambres d'isolement. En 1996, une étude a permis d'estimer le nombre de chambres d'isolement à 1560 pour l'ensemble des secteurs de psychiatrie adulte [22]. En 1998, une étude menée au Centre Hospitalier Spécialisé de la Savoie à Chambéry faisait état de 460 patients mis en chambre d'isolement au cours de l'année, soit environ un patient sur six [23]. En 1999, une étude menée durant un semestre au Centre Hospitalier Départemental d'Agen a mis en avant une incidence de mise en chambre d'isolement de 7,5% (75 sur 990 admissions) [7].

Les professionnels des établissements des grandes villes françaises évoquent le recours de plus en plus fréquent à l'isolement en raison de l'augmentation des phénomènes de violence et dénoncent parfois le manque de chambres d'isolement [6]. Un manque de lits d'hospitalisation serait également en cause pour expliquer l'utilisation des chambres d'isolement à des fins non thérapeutiques.

Par ailleurs, une grande diversité des pratiques confirme la nécessité d'appliquer des standards concernant la mise en chambre d'isolement. Ainsi, la durée de mise en chambre d'isolement semble très variable d'un établissement à l'autre, et largement supérieure en France par rapport aux autres pays [6]. Par ailleurs, de nombreuses études ont montré que la mise en chambre d'isolement était plus corrélée à des facteurs liés à l'équipe et au service qu'à des facteurs liés à l'agitation ou à la violence des patients hospitalisés [18, 19, 24, 25].

L'efficacité et l'efficience de cette pratique sont inconnues en raison du manque d'études portant sur l'évaluation du résultat et de son coût [14]. De ce fait, et parce que des interrogations subsistent quant à la légitimité de cette pratique [26, 27], une politique de diminution continue de l'isolement doit être conduite afin de réduire au minimum les isolements inappropriés [3].

Les risques d'une mise en chambre d'isolement sont nombreux, liés aux patients eux-mêmes, à leur maladie, aux thérapeutiques dont fait partie l'isolement et aux méthodes des professionnels pour réaliser ce processus de soin complexe [6]. Selon l'étude de Morello, un accident grave (incendie, suicide ou tentative, fugue) aurait été observé par près de la moitié des services disposant d'une chambre d'isolement au cours des 10 dernières années [22]. La proportion d'incidents était de 4% dans l'étude menée au CHD d'Agen [7]. Le ressenti du patient après une mise en chambre d'isolement est le plus souvent négatif [28, 29], même si certaines études sont moins catégoriques [30]. L'impact sur la relation entre patients et soignants est encore mal connue [31-33].

Des dysfonctionnements concernant la mise en chambre d'isolement ont été relevés dans de nombreux établissements [34]. Suite à certaines pratiques abusives dans l'utilisation des chambres d'isolement, la circulaire du 19 juillet 1993, dite « circulaire Veil » [35] a permis de restreindre le champ de leur utilisation en énonçant : 1) que des patients en hospitalisation libre ne peuvent en aucun cas être installés dans des services fermés à clef, ni a fortiori dans des chambres verrouillées ; 2) que l'atteinte à la liberté d'aller et venir librement ne peut se réaliser que pour des raisons tenant à la sécurité du malade et sur indication médicale ; 3) qu'il doit y avoir adéquation entre des soins portant atteinte à la liberté et les modalités d'hospitalisation.

Cette circulaire a été suivie en 1998 par l'élaboration par l'ANAES d'un document permettant d'auditer les pratiques liées à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie [6]. Le manuel de certification des établissements de santé et guide cotation - Edition 2007 élaboré par la HAS indique les pratiques à respecter devant une restriction de liberté (référence 24, cf. annexes) [36].

De nombreux auteurs ont proposé des actions d'amélioration permettant de réduire l'utilisation des chambres d'isolement [20] : programme de consultations comportementales [37], revue des cas critiques [11, 38], formation de l'équipe soignante [11], mise en place de procédures drastiques [12], thérapeutiques médicamenteuses [39].

### Importance des indicateurs de mesure relatifs à ce thème et à cette situation clinique dans les systèmes de performance étrangers

De nombreux indicateurs sur l'utilisation des chambres d'isolement ont été proposés dans les systèmes de performance étrangers.

L'Australian Council on Healthcare Standards (ACHS) propose cinq indicateurs :

- Proportion de patients hospitalisés ayant au moins un épisode de mise en chambre d'isolement ;
- Proportion de patients hospitalisés ayant au moins deux épisodes de mise en chambre d'isolement ;
- Proportion de patients mis en chambre d'isolement qui y séjournent plus de 4 heures pour au moins un épisode ;
- Proportion de patients mis en chambre d'isolement qui n'ont pas été vus par un médecin dans les 4 heures suivant leur entrée en chambre d'isolement ;
- Proportion de patients mis en chambre d'isolement qui y subissent une complication majeure.

Le Quality Indicator Project du Maryland aux Etats-Unis propose des indicateurs sur le taux d'utilisation (nombre de mises en chambre d'isolement rapporté au nombre d'admissions ou au nombre de journées d'hospitalisation, ou nombre de patients mis en chambre d'isolement rapporté au nombre d'admissions ou au nombre de journées d'hospitalisation), l'utilisation répétée (proportion de patients hospitalisés ayant au moins deux épisodes de mise en chambre d'isolement) et la durée de l'utilisation (proportion de patients mis en chambre d'isolement qui y séjournent moins d'une heure, entre une et six heures, entre six et 12 heures, et plus de 12 heures).

Un indicateur sur la proportion de patients hospitalisés ayant au moins un épisode de mise en chambre d'isolement est également proposé par l'American College of Mental Health Administration (ACMHA).

### Recommandations choisies

Trois documents principaux de recommandations existent pour l'évaluation des pratiques professionnelles concernant l'utilisation des chambres d'isolement :

- Circulaire n° 48 DGS/SP3 du 19 juillet 1993 portant sur le rappel des principes relatifs à l'accueil et aux modalités de séjours des malades hospitalisés pour troubles mentaux [35],
- American Psychiatric Association. Seclusion and restraint. The psychiatric uses [4],
- L'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie. Paris : ANAES, juin 1998 [6].

L'objectif du dernier document, largement fondé sur les deux premiers était d'élaborer et d'expérimenter un référentiel permettant d'évaluer les pratiques professionnelles concernant le recours à l'isolement pour les patients hospitalisés dans les établissements spécialisés en psychiatrie. Ce document regroupe 23 critères d'évaluation de l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie.

## Critères fondant les indicateurs de processus proposés

A partir des recommandations existantes, il existe tout un travail méthodologique nécessaire à la construction des indicateurs d'évaluation des pratiques professionnelles (indicateurs de processus). Dans ce travail, deux étapes sont identifiables :

- Extraire des critères d'évaluation de la recommandation ;
- Déterminer les critères d'évaluation constituant des "critères sources" (pour des commodités d'expression, nous distinguons les critères d'évaluation des critères sources qui fondent la construction des indicateurs. Comme nous le détaillons plus loin, ces deux sortes de critères ne sont pas exactement les mêmes) à partir desquels les indicateurs sont construits.

### *Extraire des critères d'évaluation des recommandations*

Un critère d'évaluation est la traduction observable de la pratique professionnelle (Actes diagnostiques, Actes thérapeutiques, modalités de mise en oeuvre (délai, traçabilité dans le dossier du patient, etc.)). Il peut être qualitatif (réponse O/N à une question) ou quantitatif (délai).

Dans cet exercice, deux considérations interviennent :

- certaines recommandations élémentaires sont plus importantes que d'autres (haut niveau de preuve, consensus) et orientent le choix des critères ;
- d'autres renvoient à un propos général qu'il convient de préciser afin de donner un caractère opérationnel au critère d'évaluation (par exemple, caractère multiprofessionnel d'une prise en charge).

Un exercice de « traduction » et de sélection des recommandations élémentaires doit donc être réalisé, conduisant du ou des documents de recommandations à la construction du ou des critères d'évaluation.

Cet exercice est réalisé par le service de l'Evaluation des Pratiques Professionnelles à la HAS, par la construction de référentiels d'évaluation [40]. Nous nous fondons sur ces référentiels quand ils existent. Dans tous les cas, le développement des indicateurs au sein du projet COMPAQH se fait en cohérence avec les travaux réalisés par le service de l'évaluation des pratiques professionnelles de la HAS. Autrement dit, les indicateurs seront actualisés en fonction des référentiels construits sur les situations cliniques concernées.

### *Déterminer les critères d'évaluation constituant des « critères sources » à partir desquels les indicateurs sont construits*

Les critères fondant la construction des indicateurs sont appelés des "critères sources", sachant qu'à un critère source équivaut un indicateur.

Outre les deux considérations (citées plus haut) permettant d'extraire les critères d'évaluation, les critères sources doivent remplir les conditions suivantes :

- Etre applicables à l'ensemble des établissements de santé de l'échantillon. Certains critères d'évaluation renvoient à des situations cliniques excessivement complexes ou sources d'évolutivité importante des pratiques, ou encore constituent des cas exceptionnels dont l'évaluation est difficile dans le cadre du projet COMPAQH (nombre de cas insuffisant à l'échelle de l'Etablissement de Santé, impossibilité de comparer) ;
- Présenter une définition précise, opérationnelle et incontestée par les professionnels qui vont participer à la mesure. Il s'agit notamment de sélectionner parmi les critères d'évaluation ceux pour lesquels aucune contestation n'existe ;
- Avoir un caractère discriminant a priori (les professionnels considèrent qu'il existe une variabilité des pratiques en ce qui concerne ce critère), ce qui justifie la mesure comparative ;
- Refléter une pratique pour laquelle existe un potentiel d'amélioration important (les professionnels considèrent qu'il existe un potentiel d'amélioration des pratiques important), ce qui doit permettre une action corrective après la mesure ;
- Renvoyer à un mode de recueil facile et standardisé, permettant aux praticiens de déléguer le recueil, même s'il doit s'assurer de sa qualité et en particulier, trancher en cas d'ambiguïté ;
- Etre développés en nombre limité. Nous souhaitons pour des questions de faisabilité limiter à 8 le nombre de critères sources (indicateurs) pour une situation clinique donnée. Cependant, une appréhension de l'ensemble de la prise en charge inhérente à cette situation est recherchée à travers ces critères.

Tout critère d'évaluation n'a donc pas vocation à devenir un critère source.

Au total, la sélection des critères sources d'indicateurs doit suivre les règles suivantes :

- Etre issus de recommandations de bon niveau de preuve (A si possible) ;
- Avoir un caractère discriminant a priori (les professionnels considèrent qu'il existe une variabilité des pratiques en ce qui concerne ce critère) ;
- Refléter une pratique pour laquelle existe un potentiel d'amélioration important (les professionnels considèrent qu'il existe un potentiel d'amélioration des pratiques important) ;
- Ne pas constituer un thème sur lequel l'évolutivité des pratiques est rapide ;
- Etre applicables à l'ensemble des établissements de santé de l'échantillon ;
- Présenter une définition précise, opérationnelle et partagée ;
- Renvoyer à un mode de recueil des données facile et aisément standardisable ;
- Etre développés en nombre limité ( $\leq 8$ ) pour chaque situation clinique, l'ensemble devant couvrir de la manière la plus fidèle la situation clinique à laquelle le professionnel est confronté.

### Critères sources d'indicateurs retenus

Les critères sources proposés ont été présentés aux correspondants des établissements de psychiatrie par l'équipe de coordination du projet COMPAQH. Leur sélection est issue d'un travail réalisé notamment avec les professionnels des établissements participant au Projet COMPAQH.

Ces critères sont en cohérence avec l'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie (ANAES, juin 1998) [6] selon le processus de sélection décrit ci dessus.

### *Libellé court des critères sources d'indicateurs retenus*

Ci dessous, figure une liste des critères sources qui ont été utilisés pour la construction des indicateurs pour la situation clinique exemplaire concernée. Ils sont issus du document "Audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie".

Critères sources d'indicateurs retenus (libellé court) :

- Prescription médicale ;
- Indication de la mise en chambre d'isolement ;
- Durée d'isolement tracée et conformité de la modalité d'hospitalisation ;
- Visite de surveillance médicale réalisée au cours de l'isolement ;
- Tenue de la fiche journalière de surveillance et de suivi.

### *Remarque*

La version de 2006 du cahier des charges était également composée d'indicateurs de résultats : « Lien avec le taux de mise en chambre d'isolement comme indicateur de résultat ». La réflexion était la suivante : les indicateurs de respect de bonnes pratiques constituent des indicateurs de processus. Ils peuvent être étudiés en association avec le taux de mise en chambre d'isolement et le taux d'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie. Ces taux permettraient d'étudier la corrélation avec les indicateurs de respect de bonnes pratiques. Pour exemple, le taux moyen d'isolement était de 10% en 2000 en Australie et 15% des établissements étaient au-delà du 80<sup>ème</sup> percentile ; parmi les patients mis en chambre d'isolement, environ un tiers avaient connu au moins deux épisodes d'isolement au cours de leur hospitalisation [41].

Ils n'ont pas été repris dans cette version car ces taux ne peuvent être utilisés dans le cadre de benchmarking inter-établissement du fait de la définition de l'isolement qui est multiple et de l'hétérogénéité de la traçabilité des isolements (problème de l'exhaustivité du recueil).

## 2. INDICATEURS

## INDICATEUR 1 : PRESCRIPTION MEDICALE

### Libellé complet

Proportion de mises en chambre d'isolement pour lesquelles le dossier patient comporte la trace d'une prescription médicale conforme, réalisée d'emblée ou dans l'heure qui suit le début de l'isolement.

### Nature

Proportion.

### Recommandation sur laquelle se fonde l'indicateur [6]

La décision d'isolement est :

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

Si la décision peut être prise en l'absence d'un médecin, notamment en cas d'urgence, une décision médicale doit venir dans tous les cas confirmer l'indication d'isolement sous la forme d'une prescription écrite [6]. »

Le critère 3 du référentiel HAS de l'audit clinique stipule que :

« La MCI est réalisée sur prescription médicale, d'emblée ou secondairement. Dans ce dernier cas, la prescription doit être réalisée dans l'heure qui suit le début de l'isolement. [6] »

Et l'audit reprend les critères du dossier du patient :

« Comme toute prescription, celle-ci doit être écrite, horodatée et doit permettre l'identification du prescripteur [6]. »

Les modalités de surveillance lors de l'épisode d'isolement sont également prescrites :

« L'isolement se réalisant sur prescription médicale, il paraît cohérent que la surveillance fasse l'objet d'une prescription. Le médecin prescrit les moyens de cette surveillance et la périodicité de mesure de paramètres. L'intrication entre acte médical et acte de soin est importante, elle explique que le défaut de surveillance puisse relever de l'acte médical ou de l'acte de soin ou des deux. [6] »

Le critère 4 du référentiel HAS de l'audit clinique indique également que :

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

### Analyse de la recommandation

La prescription médicale est l'étape initiale du processus en dehors des situations d'urgence, sinon elle vient confirmer la décision prise par les infirmier(e)s. Il est donc nécessaire de vérifier qu'une prescription médicale initie le processus d'isolement, et que cette modalité thérapeutique est appropriée à l'état clinique du patient en se fondant sur le jugement clinique d'un médecin et accompagnée d'une surveillance et une durée adaptées.

## Critère

La mise en chambre d'isolement est réalisée sur prescription médicale, d'emblée ou secondairement. Dans ce dernier cas, la prescription doit être réalisée dans l'heure qui suit le début de l'isolement. Elle comporte la durée (moins de 24 heures) et la surveillance à engager lors de l'isolement.

## Construction

### *Numérateur*

Nombre de mises en chambre d'isolement pour lesquelles il existe la trace d'une prescription médicale de cette modalité thérapeutique conforme (signée, horodatée, indiquant la surveillance, la durée prévue...) et dont le délai de rédaction est inférieur à 1 heure après la mise en chambre d'isolement.

### *Dénominateur*

Nombre de mises en chambre d'isolement évaluées.

## INDICATEUR 2 : INDICATION DE MISE EN CHAMBRE D'ISOLEMENT

### Libellé complet

Proportion de mises en chambre d'isolement pour lesquelles l'indication de l'isolement est tracée et conforme.

### Nature

Proportion.

### Recommandation sur laquelle se fonde l'indicateur [6, 43]

Le critère 5 du référentiel HAS de l'audit clinique stipule que :

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

Les recommandations de la HAS sont basées sur les recommandations de l'American Psychiatric Association (APA) [43] qui définissaient cinq types principaux d'indications.

« Ces indications éloignées de toute approche syndromique ou nosologique constituent essentiellement une explicitation des pratiques actuelles. Les contre-indications ont été envisagées afin d'éliminer l'utilisation de l'isolement dans un but non thérapeutique [6]. »

La HAS indique que :

« La nécessité de préciser que l'isolement ne doit pas être une punition surprend nécessairement les non-spécialistes de la psychiatrie. En revanche, les professionnels de la discipline savent que les comportements de certains patients peuvent induire des contre-attitudes conduisant à des mesures à visée non thérapeutique. Ce critère rappelle la dimension soignante de l'isolement et la mission conférée aux établissements de santé [6]. »

### Analyse de la recommandation

Cet indicateur permet l'évaluation du caractère approprié de l'isolement en vérifiant que l'isolement est justifié par l'état clinique du patient et réalisé dans un contexte thérapeutique :

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

### Critère

L'isolement est justifié par l'état clinique du patient et correspond aux indications de mise en chambre d'isolement.

## Construction de l'indicateur

### *Numérateur :*

Nombre de mises en chambre d'isolement pour lesquelles l'isolement justifié par l'état clinique du patient est tracé dans le dossier patient et correspond aux indications du référentiel.

### *Dénominateur :*

Nombre de mises en chambre d'isolement évaluées.

## INDICATEUR 3 : DUREE D'ISOLEMENT TRACEE ET CONFORMITE DE LA MODALITE D'HOSPITALISATION

### Libellé complet

Proportion de mises en chambre d'isolement dont la durée est tracée et conformes à la modalité d'hospitalisation.

### Nature

Proportion.

### Recommandation sur laquelle se fonde l'indicateur [6, 35, 42]

Le critère 8 du référentiel HAS de l'audit clinique stipule que :

« La conformité de la MCI avec la modalité d'hospitalisation est examinée lors de la prescription ».  
[6]

En effet le référentiel a repris la loi Veil du 27 juin 1990 [35] :

« La loi n° 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux (art. L 326-2 du code de la Santé Publique) donne à ces patients hospitalisés librement les mêmes droits que ceux qui sont reconnus aux malades hospitalisés pour une autre cause. Parmi ces droits figure celui d'aller et venir librement à l'intérieur de l'établissement où ils sont soignés ; cette liberté fondamentale ne peut donc pas être remise en cause s'agissant de personnes qui ont elles-mêmes consenti à recevoir des soins psychiatriques...Toutefois, en cas d'urgence, il peut être possible d'isoler pour des raisons tenant à sa sécurité un malade quelques heures en attendant, soit la résolution de la situation d'urgence, soit la transformation de son régime d'hospitalisation en un régime d'hospitalisation sous contrainte. » [6].

Dans le guide HAS sur la tenue et le contenu du dossier patient est noté que le dossier en psychiatrie comporte le mode d'hospitalisation [42] :

« L'hospitalisation en psychiatrie relève de réglementations différentes selon qu'il s'agit d'hospitalisation libre (HL), d'hospitalisation d'office (HO) ou d'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT). » [42]

### Analyse de la recommandation

Sauf cas d'urgence, un patient en hospitalisation libre ne doit pas être placé en chambre d'isolement. Si l'isolement apparaît toutefois nécessaire, cette situation doit être transitoire, ou si elle se prolonge, elle doit motiver la transformation du mode d'hospitalisation libre en hospitalisation sous contrainte.

Selon le document élaboré par la HAS [6], « la lecture de la circulaire Veil a donné lieu à de nombreuses interprétations dans les établissements concernés. Par souci de ne pas outrepasser les forces de propositions d'un tel guide », le critère utilisé dans le référentiel ANAES vise à évaluer seulement l'examen de la conformité entre le soin et la modalité d'hospitalisation. L'application de cette circulaire revient pour un patient en hospitalisation libre à n'utiliser la chambre d'isolement que pour quelques heures, quitte à modifier les modalités d'hospitalisation en hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) ou en hospitalisation d'office (HO) si l'isolement devait se prolonger au-delà.

## Critère

La conformité de la mise en chambre d'isolement avec la modalité d'hospitalisation est examinée lors de la prescription et donne lieu si nécessaire à une modification de la modalité d'hospitalisation.

## Construction de l'indicateur

### *Numérateur*

Nombre de mises en chambre d'isolement :

- De patients en hospitalisation libre pour lesquelles la durée de mise en chambre d'isolement est tracée et inférieure à 12 heures ;
- De patients en hospitalisation libre pour lesquelles la durée de mise en chambre d'isolement est tracée et supérieure à 12 heures et dont la modalité d'hospitalisation a été modifiée (hospitalisation sous contrainte) ;
- De patients en hospitalisation libre pour lesquelles la durée de mise en chambre d'isolement est tracée et supérieure à 12 heures et dont la modalité d'hospitalisation a été n'a pas été modifiée suite à la volonté du patient, tracée dans le dossier ;
- De patients en hospitalisation sous contrainte pour lesquelles la durée de mise en chambre d'isolement est tracée, quelque soit la durée de mise en chambre d'isolement.

### *Dénominateur*

Nombre de mises en chambre d'isolement évaluées.

## INDICATEUR 4 : VISITE DE SURVEILLANCE MEDICALE REALISEE AU COURS DE L'ISOLEMENT.

### Libellé complet

Proportion de mises en chambre d'isolement pour lesquelles une visite médicale a été réalisée au cours de l'isolement.

### Nature

Proportion.

### Recommandation sur laquelle se fonde l'indicateur [6]

Le critère 14 du référentiel HAS stipule que :

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

Cette visite a pour but de vérifier que le patient supporte l'isolement, ne s'aggrave pas cliniquement et que la modalité de soins choisie reste adéquate. La réalisation systématique de cette visite s'inscrit dans une démarche préventive des dysfonctionnements. »

### Analyse de la recommandation

Cette visite est bien acceptée dans son principe par l'ensemble des professionnels. Elle nécessite d'être enregistrée sur les documents en usage dans l'établissement et elle est différente de celle qui a eu lieu pour la prescription de l'isolement.

Néanmoins les experts consultés nous ont fait part de la difficulté de la réaliser dans les 2 heures du fait que cette visite peut dans certains cas aller à l'encontre du résultat attendu.

### Critère

Une visite médicale différente de celle qui a eu lieu pour la mise en isolement est réalisée et tracée au cours de l'isolement.

### Construction

#### *Numérateur*

Nombre de patients mis en isolement ayant bénéficié d'au moins une visite médicale tracée au cours de l'isolement.

#### *Dénominateur*

Nombre de mises en chambre d'isolement évaluées.

## INDICATEUR 5 : TENUE DE LA FICHE JOURNALIERE DE SURVEILLANCE ET DE SUIVI

### Libellé complet

Proportion de mises en chambre d'isolement pour lesquelles la fiche journalière de surveillance et de suivi est retrouvée et renseignée dans le dossier patient.

### Nature

Proportion.

### Recommandation sur laquelle se fonde l'indicateur [6]

Le critère 23 du référentiel HAS de l'audit clinique stipule que :

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

L'intégration de ces documents dans le dossier du patient indique que l'isolement est une séquence de soins à part entière dont les effets positifs, négatifs et les accidents ou incidents doivent être enregistrés » [6].

### Analyse de la recommandation

Les documents doivent être intégrés dans le dossier patient à la fin de la période d'isolement. Ces documents comportent au minimum une fiche journalière de surveillance et de suivi d'un patient en chambre d'isolement. Un rapport d'incident le cas échéant peut y être ajouté.

### Critère

La feuille de surveillance et de suivi de la MCI étudiée est renseignée dès le début de l'isolement et retrouvée dans le dossier patient.

### Construction

#### *Numérateur*

Nombre de mises en chambre d'isolement pour lesquelles la fiche journalière de surveillance et de suivi du patient est datée et renseignée dès le début de l'isolement et intégrée dans le dossier patient.

#### *Dénominateur*

Nombre de mises en chambre d'isolement évaluées.

### 3. ECHANTILLON

#### Définition de la population

La population correspond à l'ensemble des patients hospitalisés plus de 24 heures dans l'établissement mis en isolement (enfermement derrière une porte verrouillée, patient enfermé dans une chambre de laquelle il ne peut sortir sans la permission de l'équipe soignante) au cours de leur séjour.

#### Critères d'exclusion

Les séjours de moins de 24 heures.

#### Tirage au sort

Le tirage au sort est réalisé par le responsable du Département d'Information Médicale (DIM) ou du Service d'Information Médicale (SIM).

#### Nombre de dossiers à évaluer

Deux cas de figures peuvent se présenter :

1) Si l'établissement possède un PMSI, le responsable de l'information médicale fournit la liste de 80 séjours tirés au sort [44] (60\* + 20 pour pallier aux exclusions et aux dossiers non retrouvés) à partir de la base de données PMSI lors desquels au moins une mise en chambre d'isolement a été réalisée :

- Parmi les séjours de l'année N-1
- De plus de 24 heures.

2) Si l'établissement ne possède pas de PMSI, il faudra faire un tirage au sort à partir d'un listing spécifique des patients mis en chambre d'isolement lors de l'année N-1.

\*Si le nombre de mises en chambre d'isolement est inférieur à 60, elles seront toutes analysées.

**Pour les patients mis en chambre d'isolement plusieurs fois au cours du même séjour, chaque mise en chambre d'isolement du séjour fera l'objet d'une nouvelle évaluation sauf si le patient bénéficie d'un programme thérapeutique incluant des isolements répétés. Dans ce cas, seul le premier isolement sera à analyser.**

Une liste complémentaire de 20 séjours tirés au sort dans la même base de données est demandée afin de pourvoir au remplacement des dossiers non retrouvés ou exclus. Le nombre de dossiers non retrouvés est comptabilisé et accompagne le résultat de cet indicateur.

### 4. RECUEIL

#### Schéma d'étude

Analyse rétrospective.

#### Responsable du recueil

Le responsable du recueil est le médecin impliqué dans la prise en charge de la pathologie ou le médecin ayant une fonction transversale au sein de l'établissement (DIM). Il engage l'étude

avec l'aide du correspondant projet de l'établissement et de l'Assistant de Recherche Qualité (ARQ). Il aura la responsabilité de l'évaluation des dossiers. Il peut déléguer le recueil mais doit s'assurer de sa qualité et, en particulier, trancher en cas d'ambiguïté. Son implication est la suivante :

- Soit il participe à l'ensemble du recueil ;
- Soit il délègue le recueil mais le valide dans sa totalité ;
- Soit il délègue le recueil, statue les dossiers litigieux puis contrôle de manière aléatoire un certain nombre de dossiers.

### Fréquence

Le recueil de données doit être renouvelé tous les ans.

### Support de saisie

Un support informatique proposé par l'équipe de coordination du projet COMPAQH sera utilisé pour le recueil des variables.

## 5. CONTRÔLE DE QUALITÉ DES DONNÉES

L'ARQ s'assurera de l'exhaustivité du recueil et de la complétude des données. Il s'assurera également de la qualité de la saisie à l'aide de contrôles logiques.

L'ARQ peut, dans un souci de validité ou de cohérence des données, demander à retourner au dossier.

Chaque membre de l'équipe de coordination est tenu à la confidentialité, selon une charte signée à l'embauche.

## 6. ANALYSE

### Analyse principale

La proportion de dossiers conformes sera calculée pour chaque indicateur.

### Comparaison inter-établissements

Envisageable.

## 7. RESTITUTION

### Diffusion interne

La diffusion interne des résultats se fera sous la responsabilité du correspondant projet auprès des praticiens ayant participé au recueil. En accord avec ces derniers, une diffusion plus large est souhaitable, notamment :

- Au directeur de l'établissement ;
- Au président de la CME.

### Présentation des résultats

L'établissement recevra :

- Ses résultats individuels ;
- Une représentation graphique des résultats anonymisés de l'ensemble des établissements participant au projet COMPAQH, mentionnant uniquement son code trois lettres.

### Fréquence

Après chaque mesure annuelle.

## 8. CONFIDENTIALITE

Conformément à la loi N° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les données recueillies seront rendues anonymes avant toute informatisation.

Chaque personne incluse dans la population sera identifiée par un numéro et la table de correspondance entre la personne et les numéros sera conservée par l'établissement.

## 9. ANNEXES

Référence 24 du manuel de certification des établissements de santé et guide cotation - Edition 2007 [6]

Chapitre 3 Référence 24	Prise en charge du patient. L'évaluation initiale de l'état de santé du patient et le projet thérapeutique personnalisé.
<b>24.d</b>	La restriction de liberté de circulation du patient fait l'objet d'une information au patient et à son entourage, d'une prescription médicale écrite et d'une réévaluation périodique.

### Précisions

- ♦ La restriction de liberté de circulation comprend toute forme de contention : physique (attaches, barrières, etc.), médicamenteuse ou dispositifs de déambulation autorisée (bracelet antifugue, etc.).

### Éléments d'appréciation

- ♦ Identification de toutes les situations rendant nécessaire une restriction de liberté de circulation.
- ♦ Actions de sensibilisation ou de formation des professionnels.
- ♦ Organisation de l'information au patient et à son entourage.
- ♦ Prescription médicale écrite, datée et signée issue d'une réflexion d'équipe avec réévaluation à périodicité définie.
- ♦ Traçabilité de la réflexion et de l'information donnée au patient et à son entourage dans le dossier.

Critère 13 du guide du dossier patient [42]

- **Critère 13c – La situation juridique du patient est notée, s'il y a lieu, et comporte le mode d'hospitalisation en psychiatrie**

*Situation juridique*

*1994 - E -*

L'hospitalisation en psychiatrie relève de réglementations différentes selon qu'il s'agit d'hospitalisation libre (HL), d'hospitalisation d'office (HO) ou d'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT).

Il est important de savoir si l'hospitalisation est consentie ou imposée.

## 10. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Bower FL, McCullough CS, Timmons ME. A synthesis of what we know about the use of physical restraints and seclusion with patients in psychiatric and acute care settings: 2003 update. *Online J Knowl Synth Nurs* 2003;10:1.
2. Angold A. Seclusion. *Br J Psychiatry* 1989;154:437-44.
3. Fisher WA. Restraint and seclusion: a review of the literature. *Am J Psychiatry* 1994;151:1584-91.
4. American Psychiatric Association. Resource guide on seclusion and restraint. Mai 1999 ; <http://www.psych.org/>.
5. Kaltiala-Heino R, Tuohimaki C, Korkeila J, Lehtinen V. Reasons for using seclusion and restraint in psychiatric inpatient care. *International Journal of Law and Psychiatry* 2003;26:139-149.
6. HAS (anciennement Agence National d'Accréditation et d'Evaluation en Santé). L'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie. ANAES, juin 1998.
7. Larrieu E, Cartigny MC. Mise en chambre d'isolement (MCI) dans un Centre Hospitalier Psychiatrique départemental. *Journal Electronique de Psychiatrie* ;  
site web : <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/bibliothq/preprint/larrieu/larrieu.html>.
8. Betemps EJ, Somoza E, Buncher CR. Hospital characteristics, diagnoses, and staff reasons associated with use of seclusion and restraint. *Hosp Community Psychiatry* 1993;44:367-71.
9. Betemps EJ, Buncher CR, Oden M. Length of time spent in seclusion and restraint by patients at 82 VA medical centers. *Hosp Community Psychiatry* 1992;43:912-4.
10. Crenshaw WB, Francis PS. A national survey on seclusion and restraint in state psychiatric hospitals. *Psychiatr Serv* 1995;46:1026-31.
11. Forster PL, Cavness C, Phelps MA. Staff training decreases use of seclusion and restraint in an acute psychiatric hospital. *Arch Psychiatr Nurs* 1999;13:269-71.
12. Jones DW. Pennsylvania hospital continues to reduce seclusion and restraints. *Jt Comm Perspect* 1997;17:17.
13. Ray NK, Rappaport ME. Use of restraint and seclusion in psychiatric settings in New York State. *Psychiatr Serv* 1995;46:1032-7.
14. Sailas E, Fenton M. Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses. *Cochrane Database Syst Rev* 2000(2):CD001163.
15. Schwab PJ, Lahmeyer CB. The uses of seclusion on a general hospital psychiatric unit. *J Clin Psychiatry* 1979;40:228-31.
16. Millstein KH, Cotton NS. Predictors of the use of seclusion on an inpatient child psychiatric unit. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990;29:256-64.
17. Donovan A, Plant R, Peller A, Siegel L, Martin A. Two-year trends in the use of seclusion and restraint among psychiatrically hospitalized youths. *Psychiatr Serv* 2003;54:987-93.
18. Okin RL. Variation among state hospitals in use of seclusion and restraint. *Hosp Community Psychiatry* 1985;36:648-52.
19. Carpenter MD, Hannon VR, McCleery G, Wanderling JA. Variations in seclusion and restraint practices by hospital location. *Hosp Community Psychiatry* 1988;39:418-23.
20. Palazzolo J, Favre P, Vittini P, Bougerol T. Isolement thérapeutique et contention en psychiatrie: bilan et perspectives. *Encephale* 2001;27:570-7.
21. Crenshaw WB, Cain KA, Francis PS. An updated national survey on seclusion and restraint. *Psychiatr Serv* 1997;48:395-7.
22. Morello R, Riou M, Morel P, Thouin A. Les chambres d'isolement en milieu psychiatrique. *Rev Epidemiol Sante Publique* 1996;44:214-20.
23. Palazzolo J, Chignon JM, Chabannes JP. Utilisation de l'isolement thérapeutique et des contentions en psychiatrie. Enquête prospective. *Encéphale* 1999;25:477-84.

24. Thompson P. The use of seclusion in psychiatric hospitals in the Newcastle area. *Br J Psychiatry* 1986;149:471-4.
25. Way BB, Banks SM. Use of seclusion and restraint in public psychiatric hospitals: patient characteristics and facility effects. *Hosp Community Psychiatry* 1990;41:75-81.
26. Mason T. Seclusion theory reviewed--a benevolent or malevolent intervention? *Med Sci Law* 1993;33:95-102.
27. Busch AB, Shore MF. Seclusion and restraint: a review of recent literature. *Harv Rev Psychiatry* 2000;8:261-70.
28. Norris MK, Kennedy CW. The view from within: how patients perceive the seclusion process. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 1992;30:7-13.
29. Hammill K, McEvoy JP, Koral H, Schneider N. Hospitalized schizophrenic patient views about seclusion. *J Clin Psychiatry* 1989;50:174-7.
30. Mann LS, Wise TN, Shay L. A prospective study of psychiatry patients' attitudes toward the seclusion room experience. *General Hospital Psychiatry* 1993;15:177-182.
31. Stowers C, Crane C, Fahy M. How patients and staff view the use of seclusion. *Nurs Times* 2002;98:38-9.
32. Wynn R. Staff's attitudes to the use of restraint and seclusion in a Norwegian university psychiatric hospital. *Nord J Psychiatry* 2003;57:453-9.
33. Palazzolo J, Favre P, Halim V, Bougerol T. A propos de l'utilisation de l'isolement en psychiatrie: le témoignage des soignants. *Encephale* 2000;26:84-92.
34. Niveau G. Preventing human rights abuses in psychiatric establishments: the work of the CPT. *European Psychiatry* 2004; May;19(3):146-54
35. Circulaire n° 48 DGS/SP3 du 19 juillet 1993 portant sur le rappel des principes relatifs à l'accueil et aux modalités de séjours des malades hospitalisés pour troubles mentaux.
36. HAS. Manuel de certification des établissements de santé et guide cotation - Edition 2007
37. Donat D. Impact of a mandatory behavioral consultation on seclusion/restraint utilization in a psychiatric hospital. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 1998;29:13-9.
38. Donat DC. An analysis of successful efforts to reduce the use of seclusion and restraint at a public psychiatric hospital. *Psychiatr Serv* 2003;54(8):1119-23.
39. Chengappa KN, Levine J, Ulrich R, Parepally H, Brar JS, Atzert R, et al. Impact of risperidone on seclusion and restraint at a state psychiatric hospital. *Can J Psychiatry* 2000;45:827-32.
40. Agence National d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Référentiels d'évaluation des pratiques professionnelles : Base méthodologique pour leur réalisation en France. Paris:ANAES, avril 2004 ;
41. Australian Council on Healthcare Standards. Determining the potential to improve the quality of care In Australian Health Care Organisations. Trends in Quality of Care: Results of the ACHS Clinical Indicators 1998 – 2000. ACHS 2001, site web : <http://www.achs.org.au/>
42. HAS. Évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé - Dossier du patient : amélioration de la tenue et du contenu - réglementation et recommandations. Juin 2003, Service évaluation des pratiques
43. American Psychiatric Association. Seclusion and restraint. The psychiatric uses. Washington (DC):APA;1985 Task Force Report 22.
44. McGlynn EA, Kerr EA, Adams J, Keeseey J, Asch SM. Quality of health care for women: a demonstration of the quality assessment tools system. *Med Care* 2003;41:616-25