

CENTRE HOSPITALIER DE CAMBRAI

Synthèse des résultats de l'audit croisé régional inter-hospitalier à propos de l'isolement thérapeutique

Décembre 2008

*Evaluation des écarts
du pôle psychiatrie générale*

*Présentation des recommandations
de l'audit régional*

*Evaluation des écarts
du pôle psychiatrie générale du CH Cambrai*

*Présentation des écarts à la CIRMT et au
personnel du pôle psy gé*

*Intégration de l'audit, de l'évaluation des
écarts, des améliorations et EPP dans
l'autoévaluation de la certification V3*

Fédération régionale de Recherche en santé mentale NordPasdeCalais

La F2RSM est un Groupement d'intérêt Public (GIP) qui rassemble les établissements de la Région ayant une activité de psychiatrie.

Constituée de 31 établissements adhérents, elle est dirigée par un conseil d'administration de 18 membres.

Ses missions :

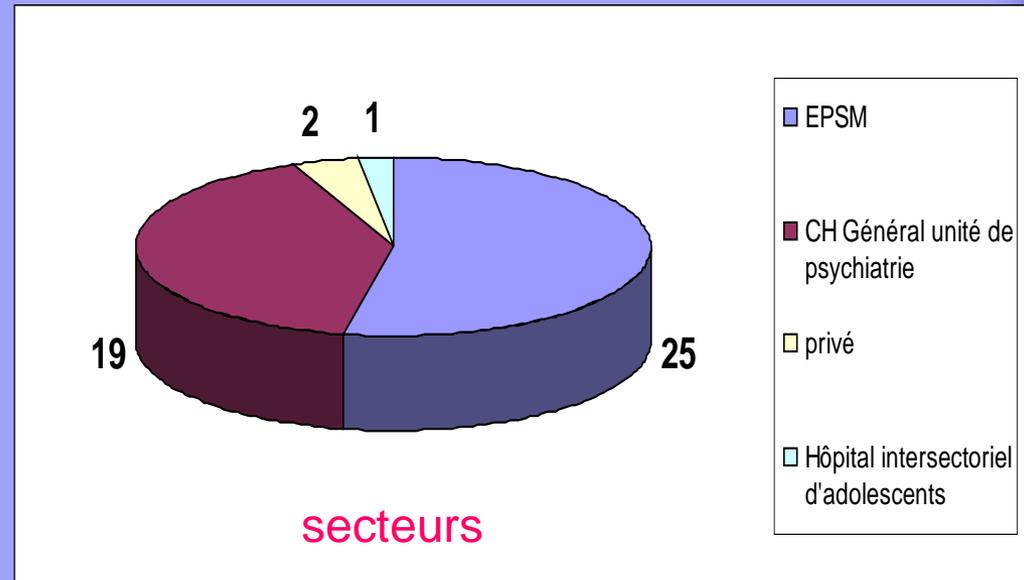
- Recueillir, analyser et diffuser des informations quant à la santé mentale dans le N-PdC (prévalence, pratiques, prise en charge, etc.)
- Offrir aux professionnels une aide méthodologique aux projets de recherche
- Valoriser les travaux, en facilitant la publication et la communication scientifique des projets et programmes de recherche réalisés par ses membres
- Animer le réseau de ses membres, en réalisant un lien entre les professionnels par l'organisation de journées d'échange et de travail dans les 4 bassins de vie de la région, la mise en place de processus réguliers d'évaluation inter-établissement (réalisé par un membre sur les pratiques d'un autre) et la mise à disposition d'un outil de communication transversale et participatif (site internet).

INTRODUCTION

- 17 établissements adhérents à la fédération de recherche en santé mentale du Nord-Pas-de-Calais ont participé au partage des pratiques à propos de l'isolement thérapeutique la semaine du 13 au 17 octobre 2008.
- 40 auditeurs et 17 référents d'accueils se sont mobilisés afin d'effectuer au mieux ce partage des pratiques.
- Sur les 50 secteurs de psychiatrie candidats (secteurs de psychiatrie adulte, secteur de psychiatrie infanto-juvénile, établissements privés confondus), 45 secteurs ont été audités quant à leur pratique
- 2 secteurs sur les 50 audités ne pratiquent pas l'isolement thérapeutique
- 1 UF Intersectorielle adolescent, EPSM de Camiers regroupe 2 secteurs 62I02 et 62I08.

Q1. Type d'établissement et nombre de secteurs ayant participé à l'audit

Type d'établissement	Nombre
EPSM	4
CH Général	9
Privé	2
PSPH	1
Hôpital intersectoriel adolescent	1

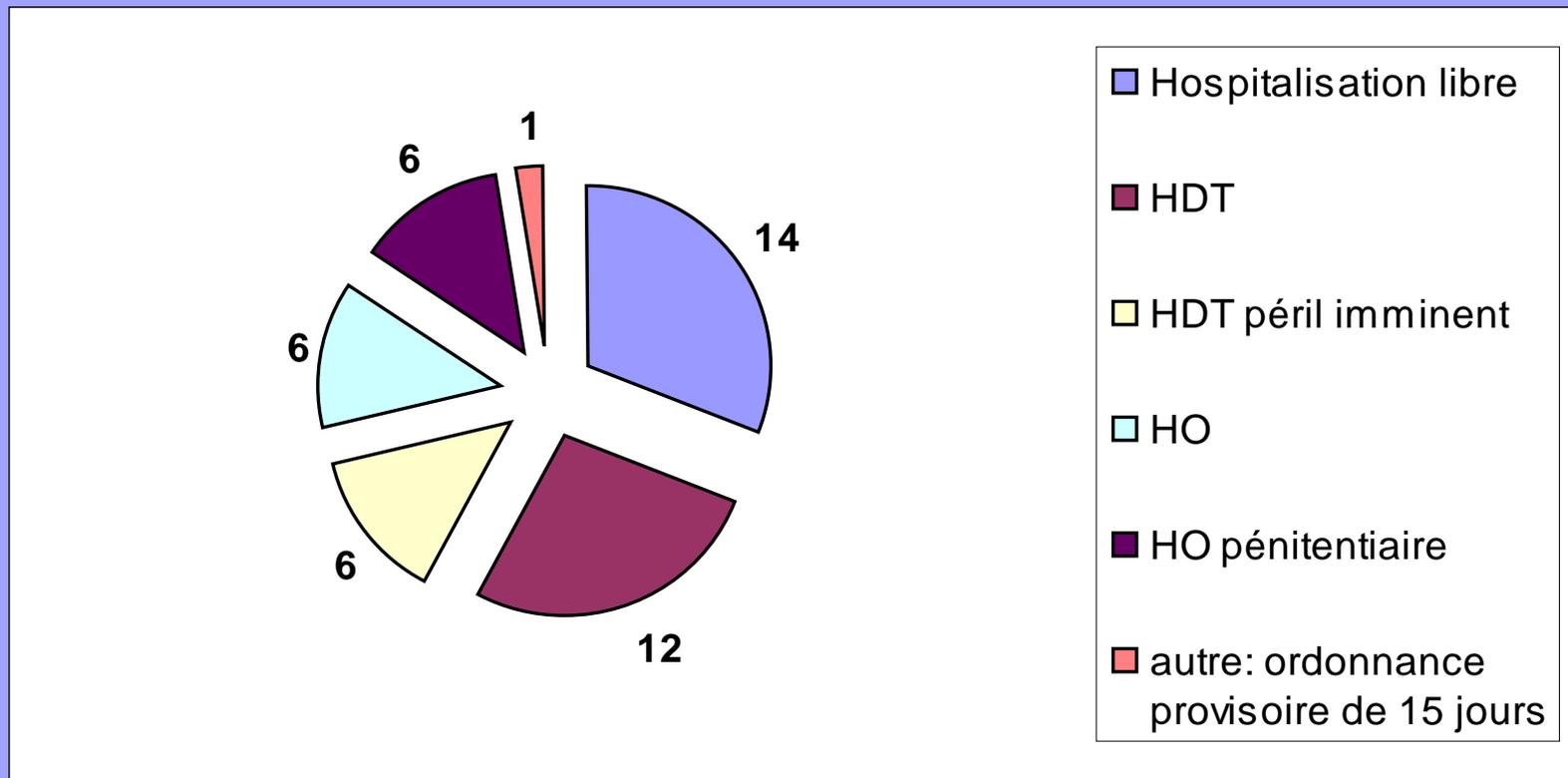


pôle psychiatrie adulte

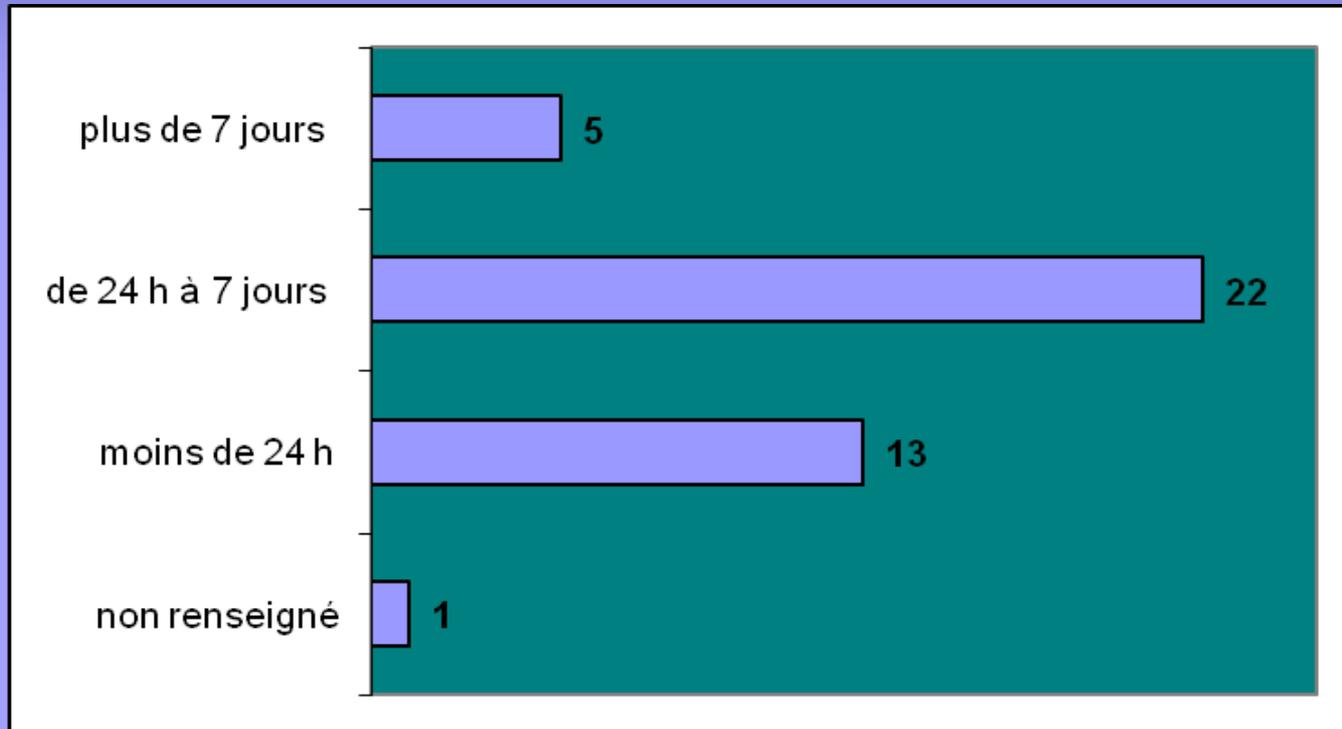
Q1. Répartition homme/femme

33 hommes - 12 femmes

Q1. Répartition du mode d'hospitalisation



Q1. Durée de l'isolement

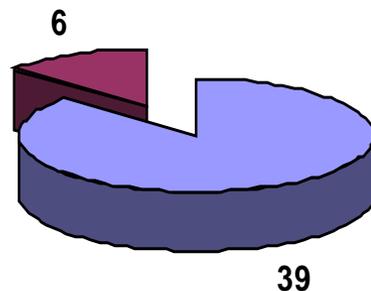


Pour 2 dossiers audités isolement supérieur à 1 mois

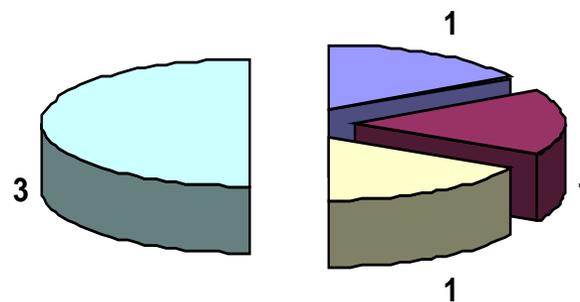
CH Cambrai : durée moyenne de l'isolement = 5 jours

Q1. Type de chambre

- chambre identifiée spécifiquement pour l'isolement thérapeutique
- chambre non identifiée spécifiquement pour l'isolement thérapeutique



précision sur les chambres non identifiées spécifiquement à l'isolement thérapeutique



- chambre individuelle sécurisée
- chambre aménagée comme chambre d'isolement
- pas de chambre d'isolement dans le service
- non renseigné

Q1. Type de chambre - commentaires

- Des chambres identifiées sont dédiées spécifiquement à l'isolement thérapeutique pour la plupart des établissements et répondent aux recommandations de conformité (définition des différentes exigences : proximité de la chambre d'isolement par rapport à la salle de soins et réflexion quant à sa localisation vis à vis des lieux de vie, etc.).

Préconisation :

La possibilité d'une chambre d'isolement devrait systématiquement faire l'objet d'une réflexion lors de l'élaboration du projet de soins de service.

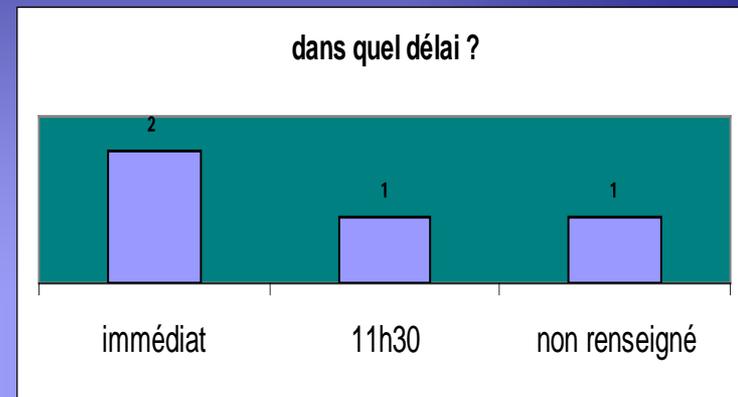
Écart : 5 chambres d'isolement / 90 lits (3 USIP + 2 URPS) Soit 1 iso pour 18 / 3UF ou 1 iso pour 12 / 2 UF

Q2. Patient venant d'une autre unité fonctionnelle en raison de l'absence de chambre d'isolement disponible

- Les transferts restent épisodiques.

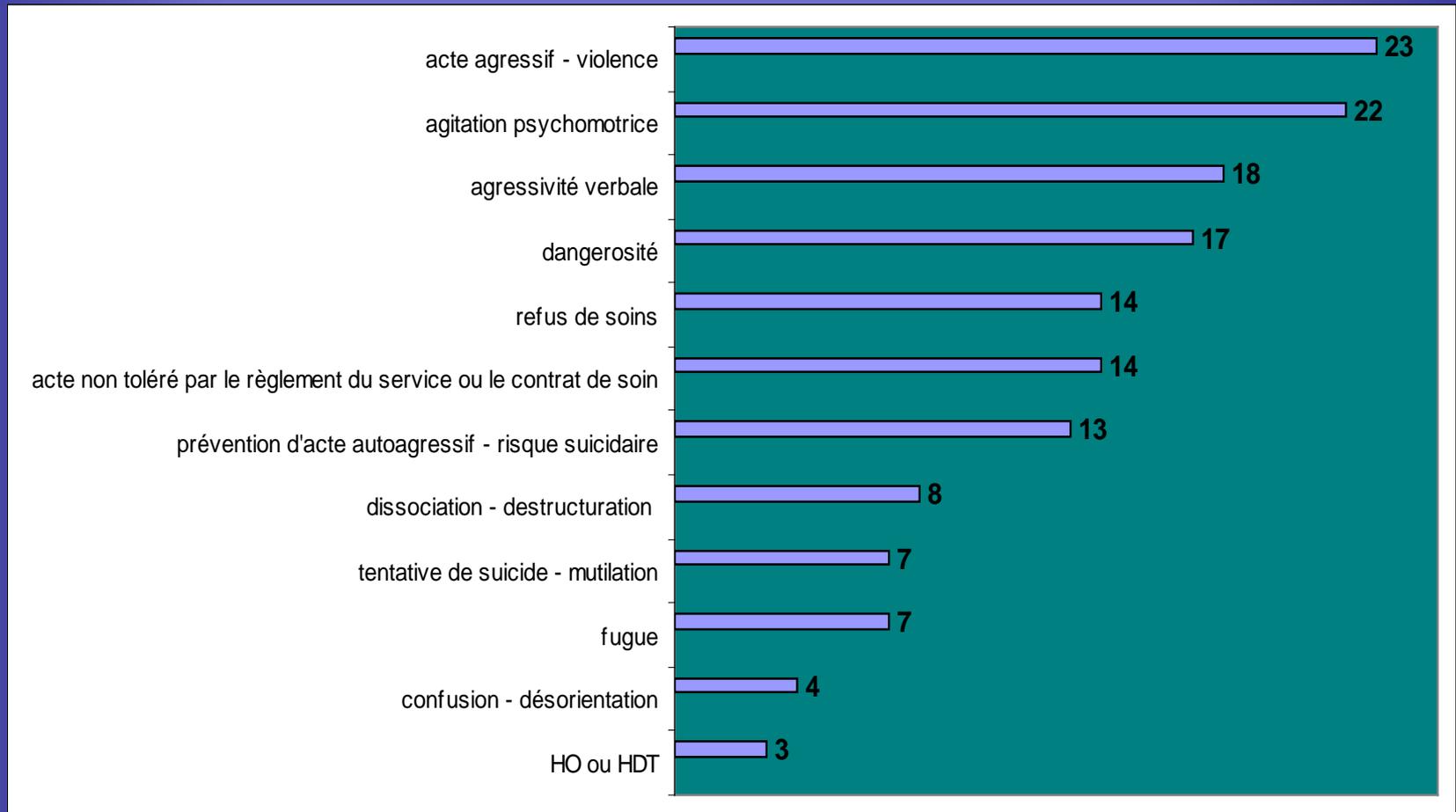
- Préconisation :

Éviter le transfert d'un patient vers une autre UF et/ou service afin de respecter la continuité des soins et la prise en charge par une même équipe. Si le patient doit être transféré vers une autre unité ou un autre service, il y aurait nécessité de transmettre le dossier afin d'éviter le plus possible la rupture de la continuité des soins.



Écart : Les transferts sont très rares sauf si la personne présente un dangerosité ou que son mode d'hospitalisation change (USAD vers USIP)

Q2 bis. Circonstances de la mise en chambre d'isolement



pôle psychiatrie adulte

Q2 bis. Circonstances ... - commentaires

- Les réponses sont liées majoritairement aux troubles du comportement (violence – passage à l’acte...)

- Préconisation:

La mise en chambre d’isolement devrait rester une réponse au traitement des troubles psychopathologiques. Le diagnostic même temporaire devrait être énoncé en clair.

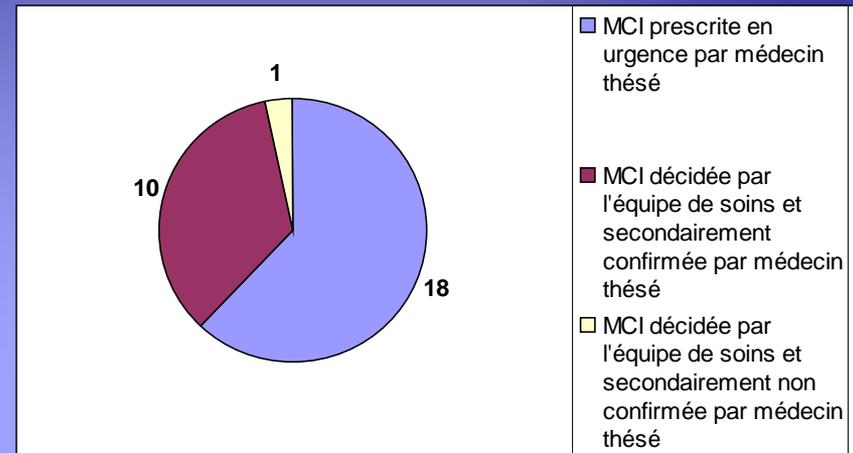
Écart: Absence d’écart

Q3. Prescription médicale de la MCI

- Toutes les mises en chambre d'isolement ont été prescrites. En règle générale elles ont toutes comme support un protocole ou une procédure.

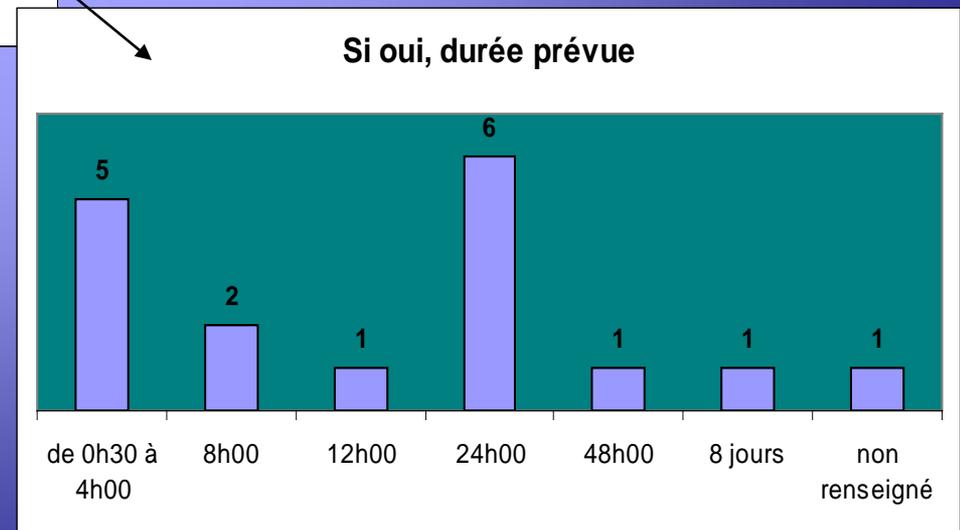
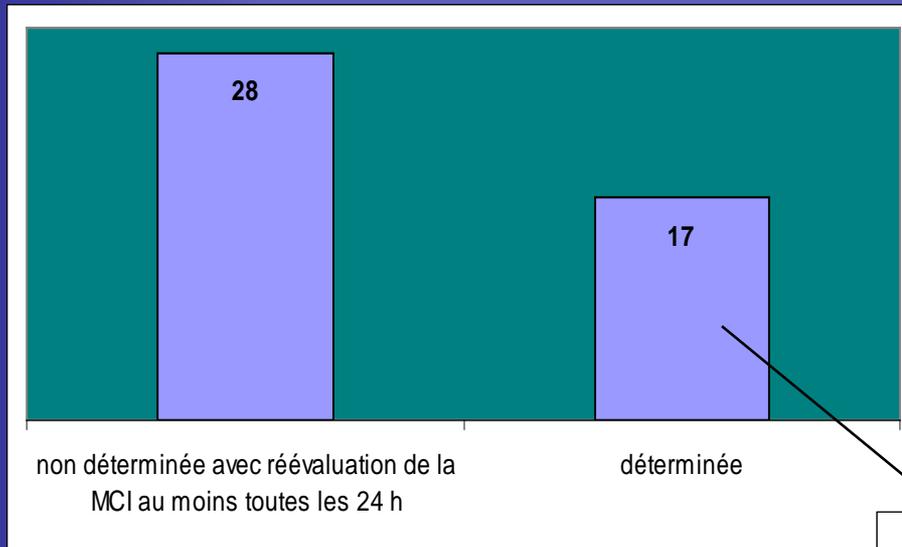
Préconisation :

Chaque mise en chambre d'isolement devrait obligatoirement être prescrite par un médecin habilité. Elle devrait faire l'objet d'un protocole d'établissement validé par la communauté médicale.



Écart: Absence d'écart

Q4. Détermination de la durée de l'isolement



Q4. Détermination de la durée - commentaires

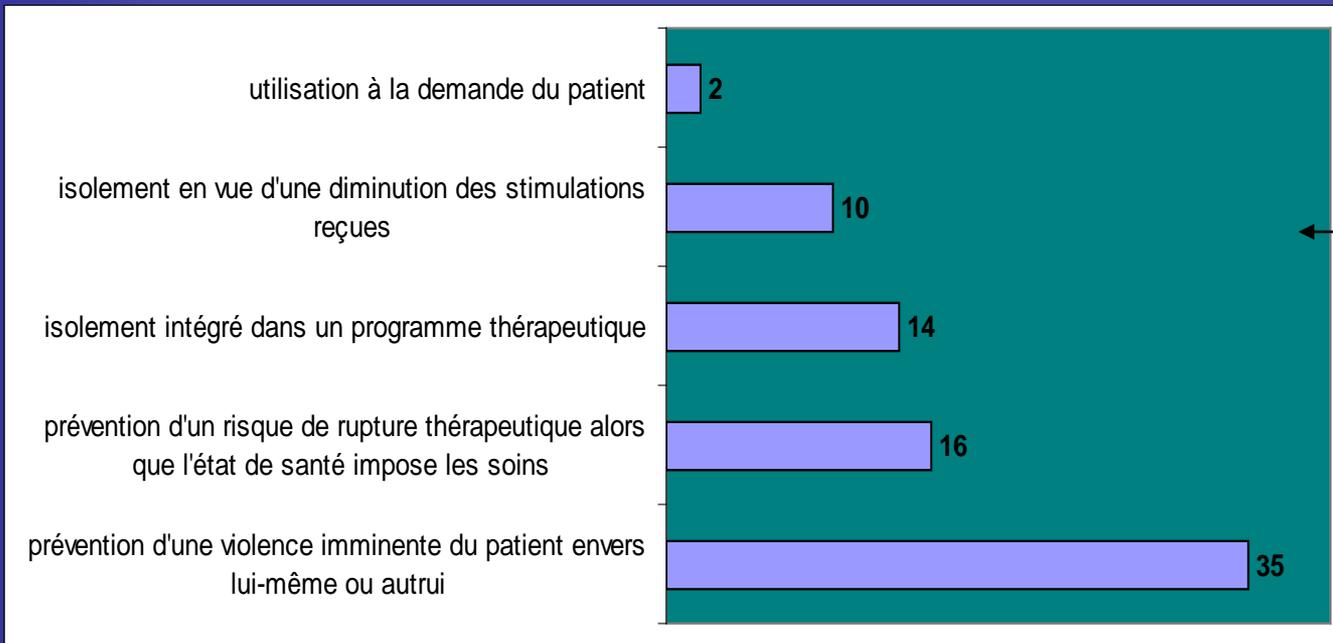
- La durée de l'isolement doit être réévaluée au plus tard dans les 24 heures puis toutes les 24 heures. La surveillance infirmière continue s'effectue suivant une procédure générale validée par les instances de l'établissement.

- Préconisation:

Il ne devrait pas y avoir de détermination initiale de l'isolement thérapeutique au-delà de 24 heures. La surveillance infirmière implique une évaluation clinique globale tracée dans le dossier du patient.

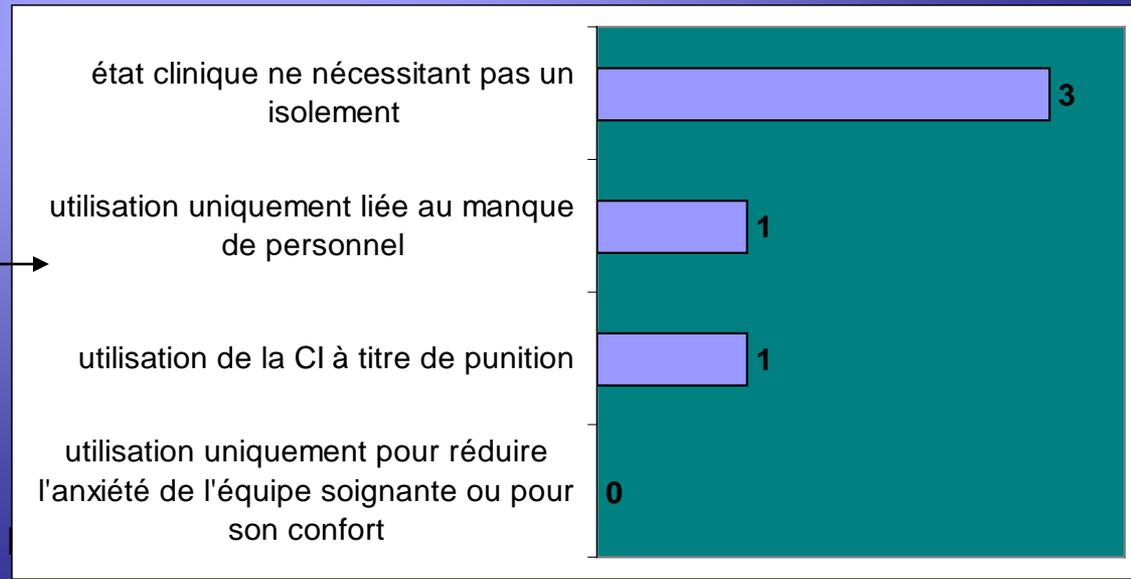
Écart: Absence d'écart

Q5. Indications et contre-indications à l'isolement



Indications

contre-indications



Q5. Indications et contre-indications... - commentaires

- La mise en isolement répond globalement à une nécessité de prévention et ou de maîtrise de passage à l'acte agressif lié à un risque de rupture thérapeutique alors que l'état de santé impose des soins. Ce constat ne fait donc pas apparaître d'une manière significative des contre indications liées à la dimension coercitive associée à la mesure.

- Préconisation :

Ce soin spécialisé (isolement thérapeutique) devrait toujours être consécutif à une évaluation clinique.

Écart: Absence d'écart

Q6. Contre indications somatiques à l'isolement

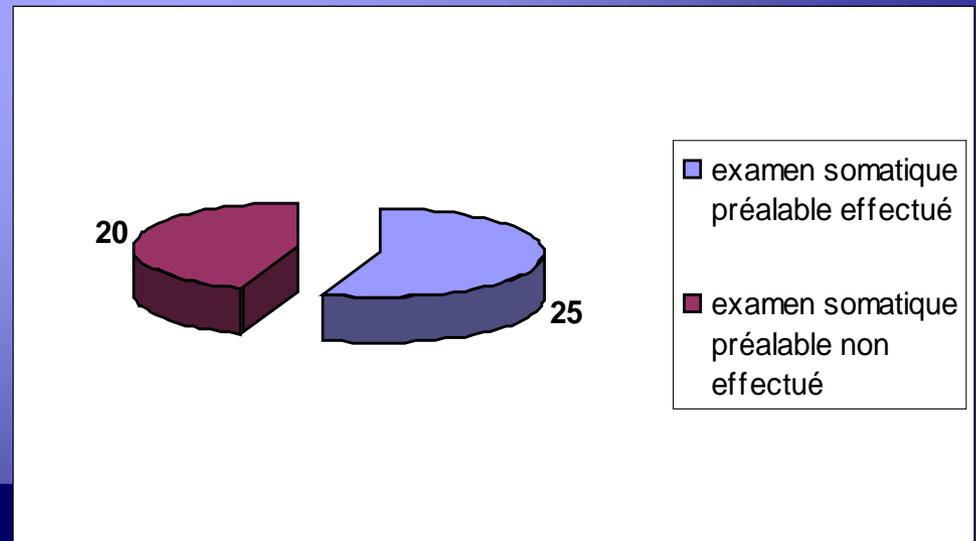
Examen somatique préalable effectué ou non

La mise en isolement répond globalement à une nécessité de prévention et ou de maîtrise de passage à l'acte agressif lié à un risque de rupture thérapeutique alors que l'état de santé impose des soins. Ce constat ne fait donc pas apparaître d'une manière significative des contre indications liées à la dimension coercitive associée à la mesure. .

Préconisation :

Ce soin spécialisé (isolement thérapeutique) devrait toujours être consécutif à une évaluation clinique.

Écart: Absence d'écart



Q6. Contre indications somatiques à l'isolement

Affection organique non stabilisée / risque lié à la prise de toxiques avant la MCI

L'enquête montre que le bilan somatique préalable à l'isolement est insuffisamment réalisé pour certains sujets présentant une affection organique non stabilisée ou un risque lié à la prise de toxique.

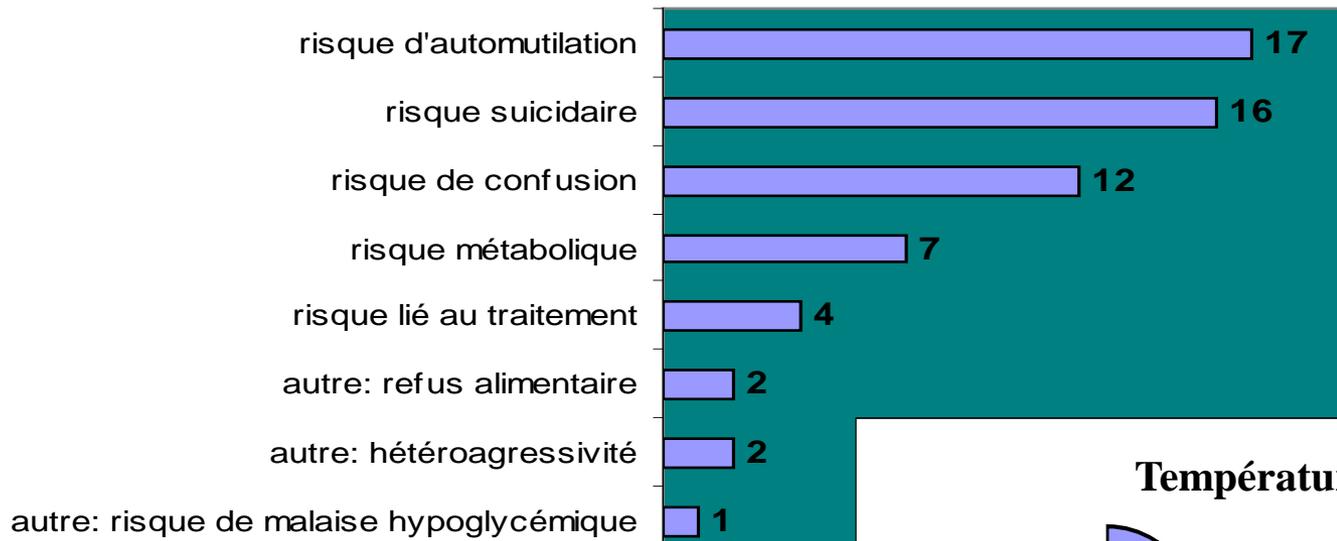
•Préconisation :

L'examen somatique préalable devrait être systématisé avant toute mesure de mise en chambre d'isolement.

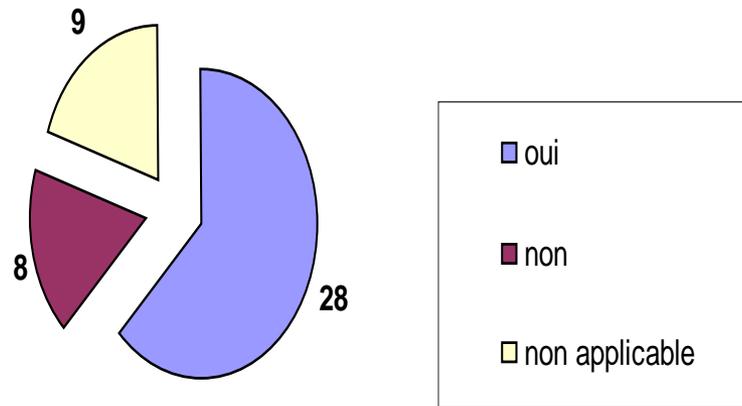
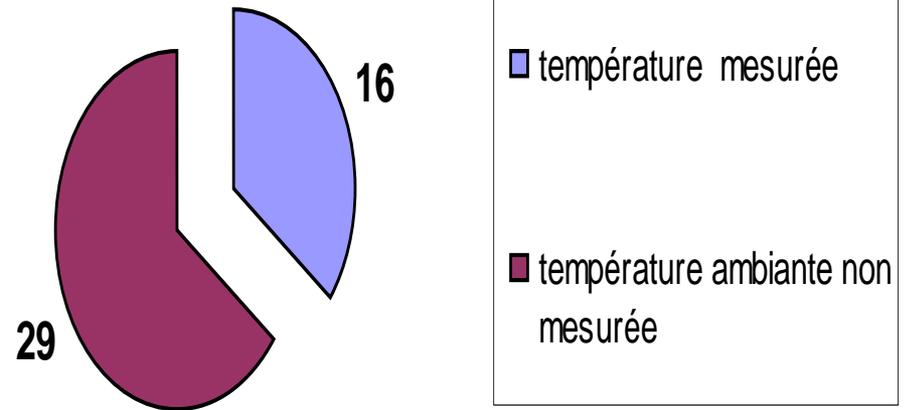
Écart: Les patients ont un bilan somatique systématique à l'entrée et au cours de leur hospitalisation si besoin.

La visite somatique systématique à l'initialisation de l'isolement est assurée par le psychiatre, puis toutes les 24h.

Q7. Les facteurs de risque



Température ambiante de la CI



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

Q7. Les facteurs de risque - commentaires

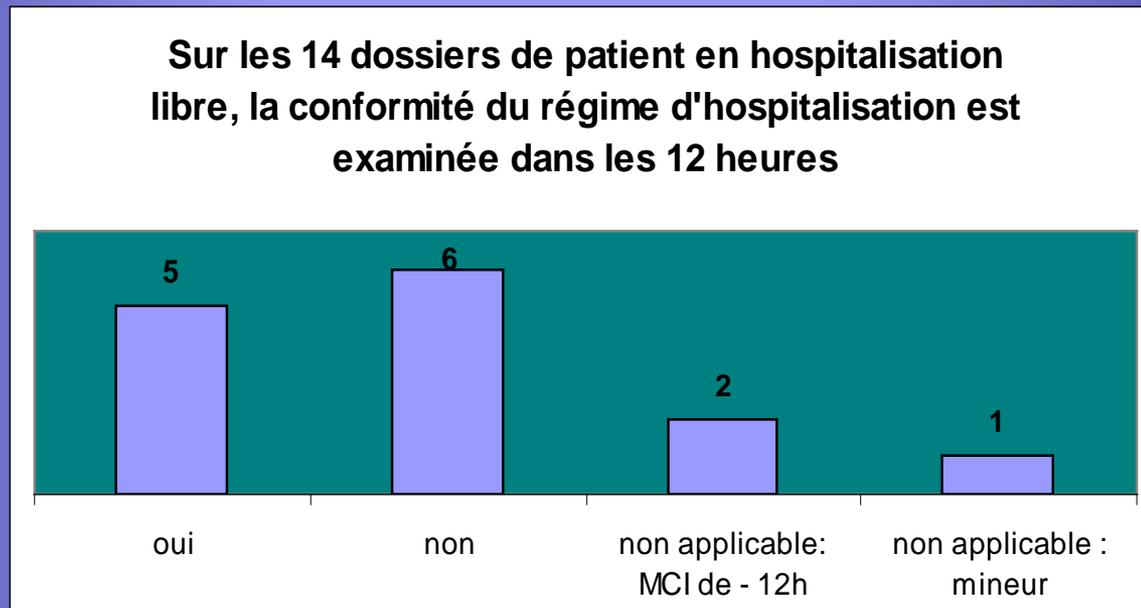
- Pour chaque risque identifié un programme de surveillance est mis en place. Cependant la surveillance systématique de la température de la chambre d'isolement n'est pas retrouvée dans une grande majorité des établissements enquêtés.
- Préconisation : Chaque programme de surveillance des risques devrait s'inscrire dans un protocole identifié.

Écart: Les programmes de surveillance des risques ne sont pas protocolisés (sauf R. suicidaire).

La surveillance de T° est faite grâce au réglage de la climatisation mais elle n'est pas tracée.

Q8. Conformité de la modalité d'hospitalisation avec la MCI

- **Nombre de patients hospitalisés en HL : 14**
- **Nombre de patients hospitalisés en HDT ou en HO : 30**



Q8. Conformité de la modalité d'hospitalisation avec la MCI - commentaires

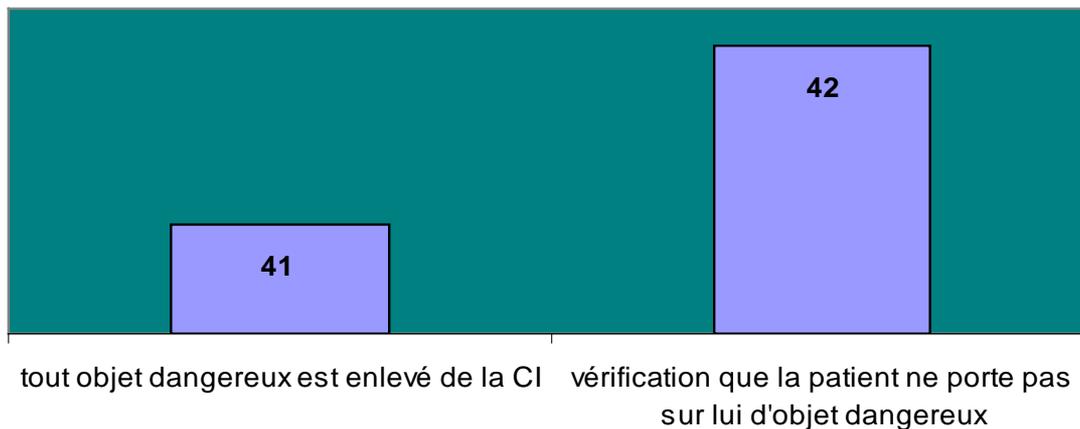
- Majoritairement les patients relevant de l'hospitalisation sous contrainte ont nécessité une mesure d'isolement. En ce qui concerne les hospitalisations libres la conformité du régime d'hospitalisation n'est pas examinée dans la plupart des cas.

- Préconisation: Dès qu'il y a nécessité d'isolement thérapeutique, voire de contention dans le cadre de l'hospitalisation libre, elle devrait revêtir un caractère exceptionnel et être limitée le plus possible dans le temps. La préoccupation sur le bien fondé de la transformation du statut d'hospitalisation se pose alors : le patient bénéficie-t-il encore du discernement nécessaire au consentement éclairé au soin ?

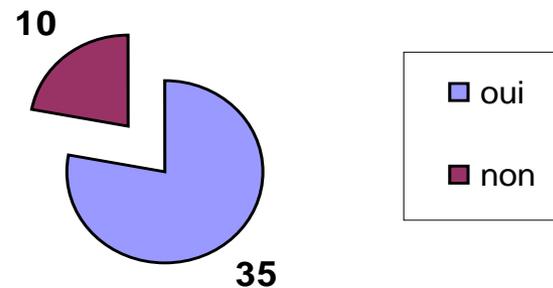
Écart: Il existe des isolements sur des patients en HL toutefois le questionnement sur le consentement est fait et les modes d'hospitalisation sont de plus en plus souvent modifiés.

Q9. Vérification d'absence de tout objet dangereux et mise en pyjama

Vérification d'absence d'objet dangereux



Mise en pyjama



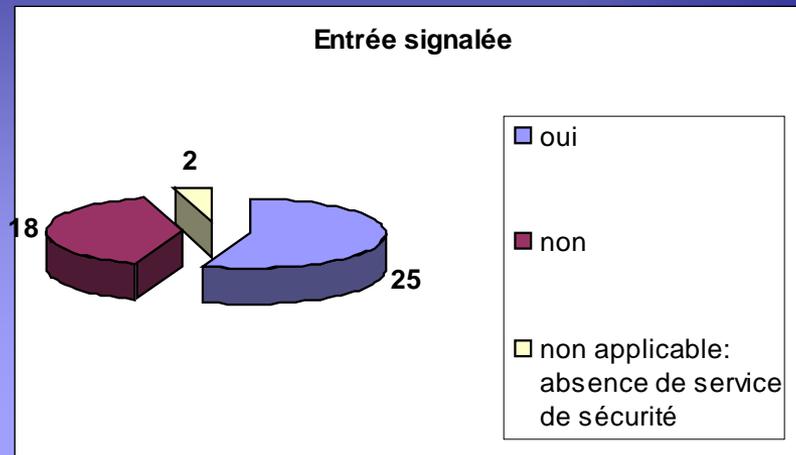
Q9. Vérification d'absence de tout objet dangereux et mise en pyjama - commentaires

- Il est constaté une vérification systématique d'existence d'objet potentiellement dangereux dans la chambre d'isolement ainsi que sur le patient lui-même. La mise en pyjama est d'un usage prévalent, corrélé à la sécurisation de la mesure.
- Préconisation: Compte tenu du caractère prévalant des troubles du comportement, la prévention du risque d'existence d'objets potentiellement dangereux dans la chambre et sur le malade lui-même est à recommander. D'autre part le caractère coercitif de ce soin engage à assurer au patient les meilleures conditions d'hygiène et de confort hôtelier conditionnant par exemple le port du pyjama. Ces mesures devraient être expliquées au patient autant que faire ce peut et en lien avec le respect de sa dignité et de la confidentialité de ses soins.

Écart: Absence d'écart significatif

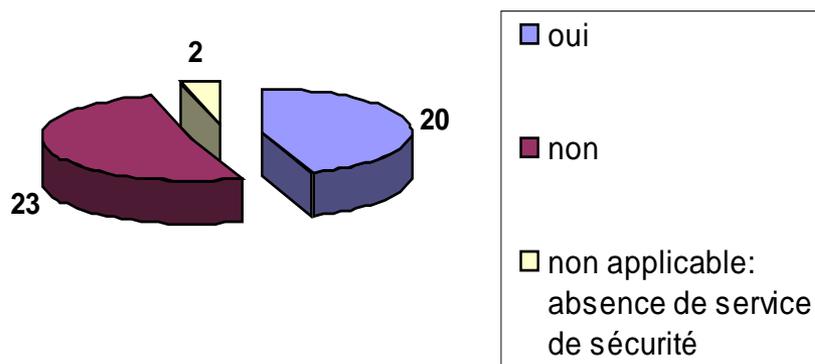
Q10. L'entrée et la sortie du patient de la chambre d'isolement sont signalées aux services de sécurité incendie en temps réel

• Il n'y a pas de signalement systématique de l'occupation d'une chambre d'isolement auprès du service de sécurité incendie que ce soit à l'entrée et à la sortie du patient.



Préconisation : Il faudrait mettre en place un dispositif de signalement systématique d'occupation ou de sortie de chambre. Ceci permettrait aux services de sécurité et de secours d'avoir une information exhaustive sur l'occupation physique des lieux d'hébergement.

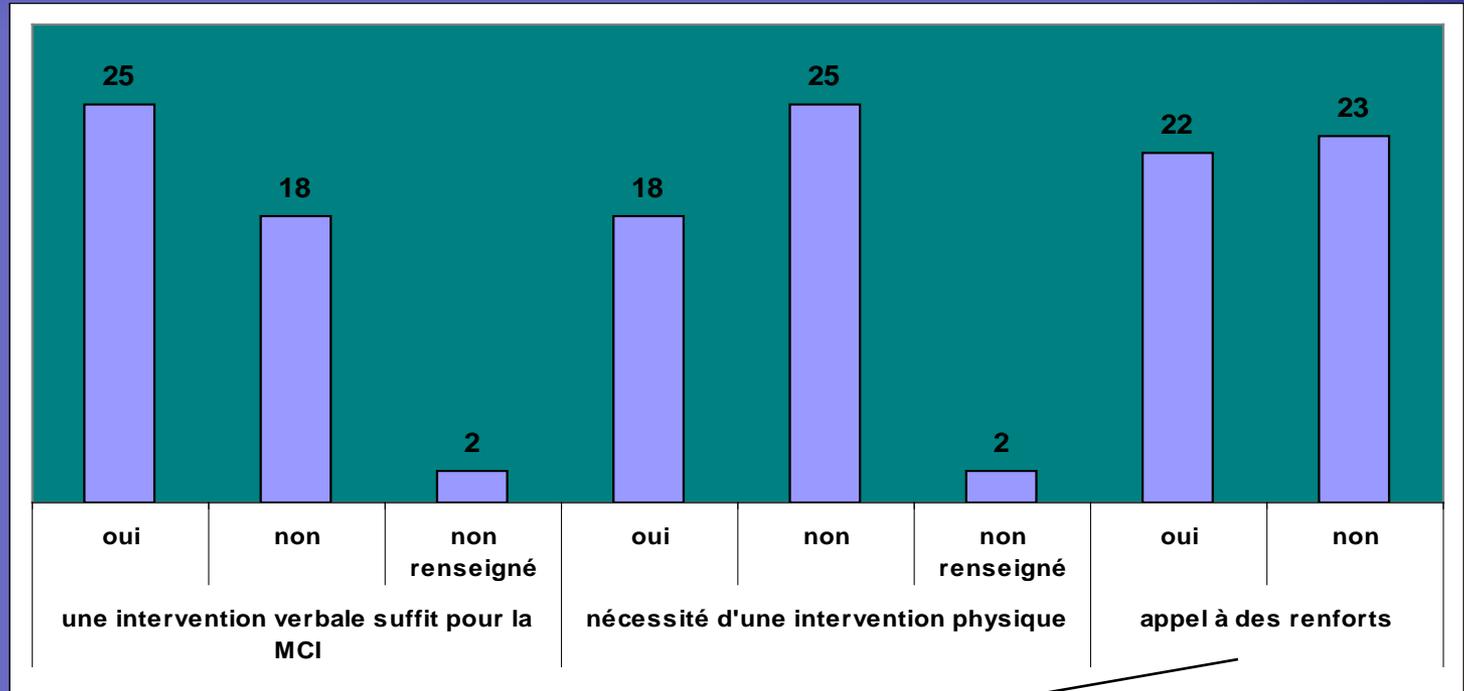
Sortie signalée



Écart: Absence d'écart, le protocole implique le signalement au service de sécurité (entrée / sortie)

Q11. Accompagnement en chambre d'isolement

Intervention verbale, physique et appel de renforts



Si oui, quel type de renfort :

Personnel soignant

Personnel soignant unité voisine

Groupe assistance et sécurité

GIU groupe intervention d'urgence (omega)
pôle psychiatrie adulte

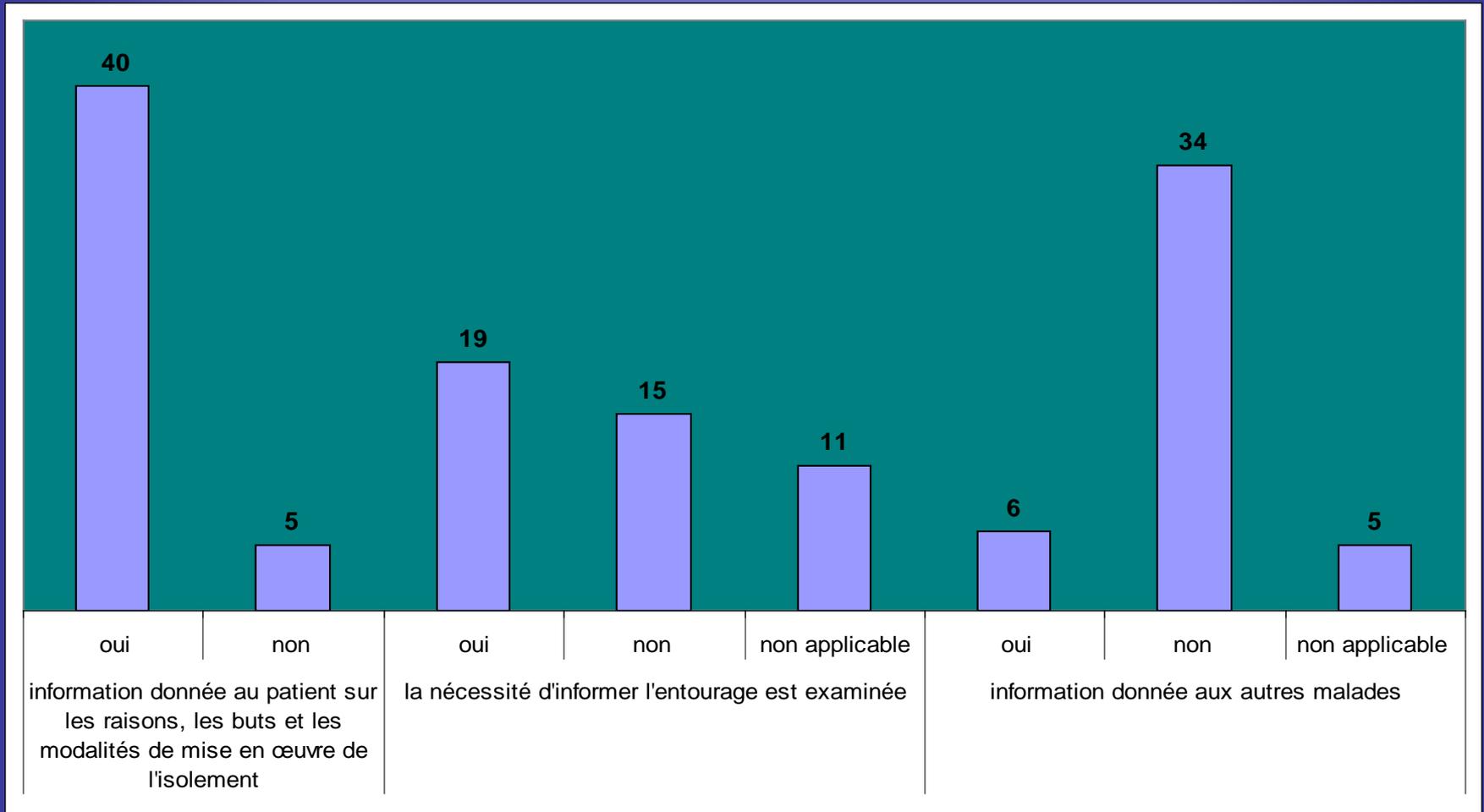
Q11. Accompagnement en CI - commentaires

- Dans la moitié des situations évaluées la médiation verbale a permis la MCI sans difficultés. Le cas échéant le délai entre l'appel et l'arrivée des « renforts d'équipe » est satisfaisant et l'aide apportée est adaptée.
- Préconisation: Chaque établissement est encouragé à mettre en place des modes d'interventions (procédures) à partir de ses propres ressources en tenant compte du cadre organisationnel du service concerné. Si nécessaire il pourrait être fait appel à l'appui du service de sécurité. Il conviendra alors de préciser le rôle et les limites de chacun ainsi que la structuration des types d'interventions. Toutefois le personnel soignant resterait le coordinateur des actions. Dans tous les cas la situation de soins doit être préservée.

Écart: Absence d'écart significatif, la formation OMEGA facilite la compréhension lors d'interventions y compris avec le service sécurité, à envisager de formaliser sous forme de procédure.

Q12. Informations délivrées

Information donnée au patient, à l'entourage et aux autres malades



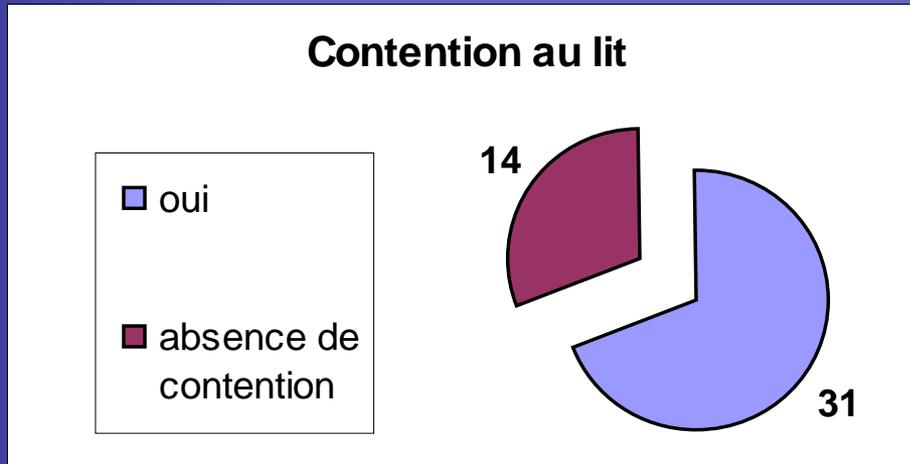
Q12. Informations délivrées - commentaires

- Très majoritairement l'information est délivrée au patient aux moments les plus adéquats. L'entourage (famille ou proches) n'est pas informé suffisamment d'une mise en isolement. Quant à l'information aux autres patients elle reste « marginale ».

- Préconisation: Le patient devrait recevoir une information accessible et loyale sur les raisons, les buts et les modalités de mise en oeuvre de son isolement. Systématiquement l'équipe soignante devrait apprécier la nécessité d'informer l'entourage du patient. L'information donnée aux autres patients du service peut être nécessaire pour dédramatiser la situation génératrice de stress et d'incompréhension.

Écart : Les familles sont informées lors des visites car il est difficile pour des raisons de confidentialités de les prévenir par un autre moyen. Les autres patients sont renseignés de façon informel.

Q13. Contention physique



Nature du matériel utilisé:

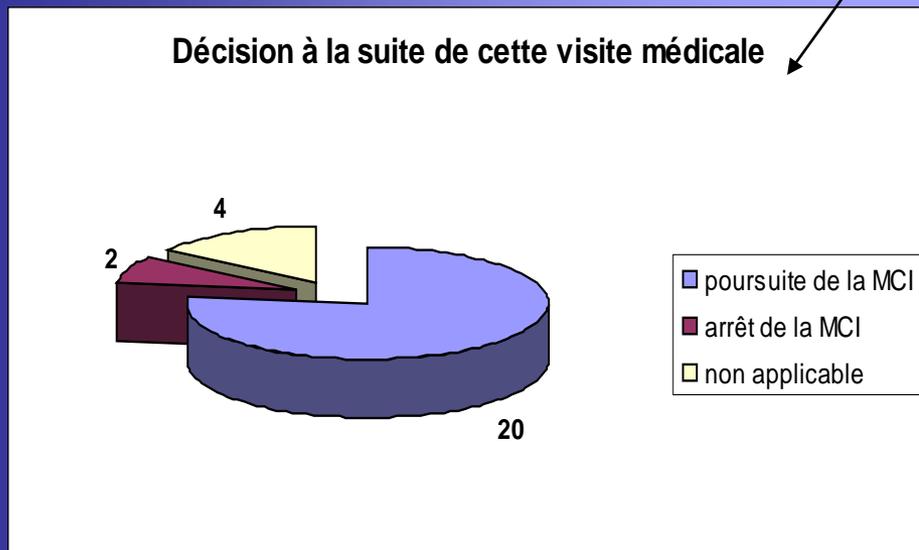
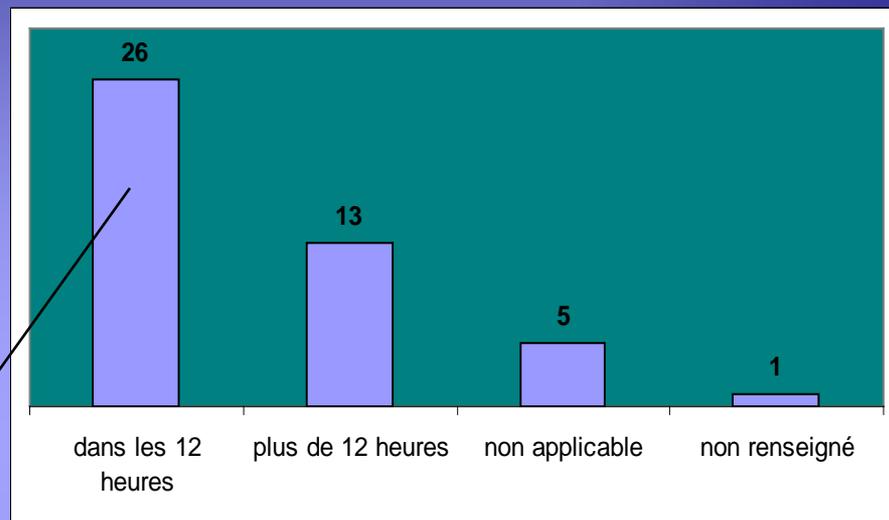
- Maniques spécifiques à la contention
- Sangles cuir pieds-mains-ventrale (pmv)
- Kit contention en tissus pmv
- Liens cuir avec fermeture à clefs
- Sangles tissus aimantées
- Contention pinel + manchette pmv
- Liens SEGURFIX pmv

Q13. Contention physique - commentaires

- La pratique de la pose de contention lors de la mise en isolement est majoritaire. La disparité du matériel utilisé est constatée. Dans 1/3 des situations celui-ci n'est pas adéquat en terme de confort pour le patient voire en terme de sécurité.
- Préconisation: Favoriser une démarche d'évaluation du matériel sur le plan institutionnel, au regard :
 - de l'hygiène stricte
 - de la sécurité de la personne soignée
 - de son confort
 - de la maniabilité du matériel
 - de sa résistance
 - de son harmonisation

Écart: Absence de formalisation, une procédure d'établissement doit être réalisée (concernant la psy, urgences, hébergements,...)

Q14. Visite médicale après le début de la MCI pour confirmer ou non l'indication



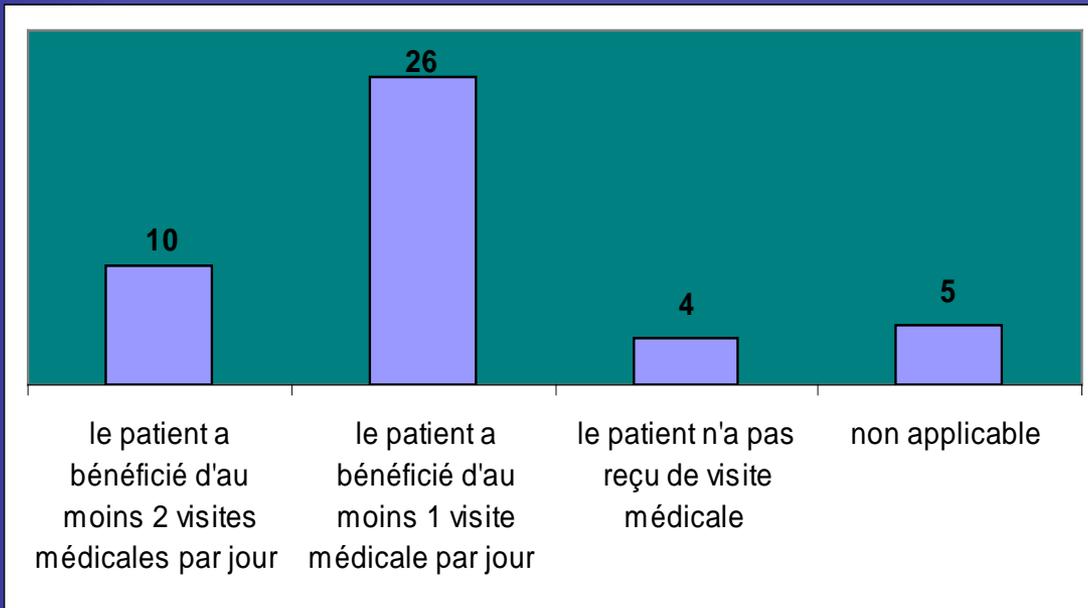
Q14. Visite médicale après le début de la MCI pour confirmer ou non l'indication - commentaires

- Tous les patients ont bénéficié d'une visite médicale, plus de la moitié dans les 12 heures (cf. Q.8 modalités) et nécessitant une décision de poursuite de la mesure d'isolement.
- Préconisation: Toute mesure de mise en isolement nécessiterait une visite médicale la plus rapprochée possible pour évaluer son actualité et son éventuelle poursuite.

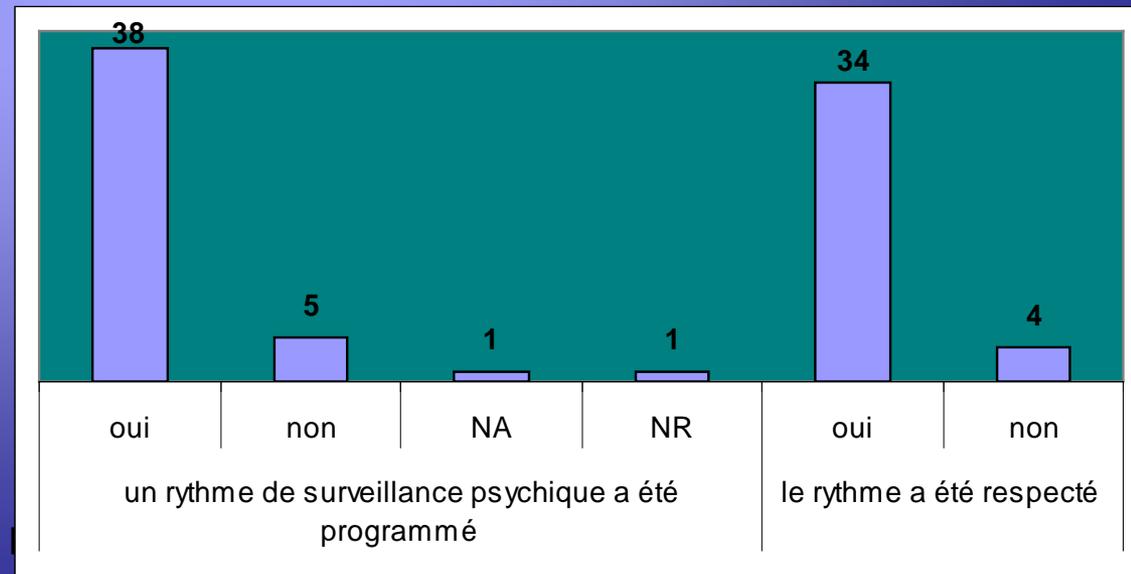
Écart: En l'absence du psychiatre de l'unité, le psychiatre de garde est prévenu. Celui-ci assure la visite médicale le Week-end.

Q15 - Q16 - Q17 - Q18. Les Surveillances méd/psy/soma/bio

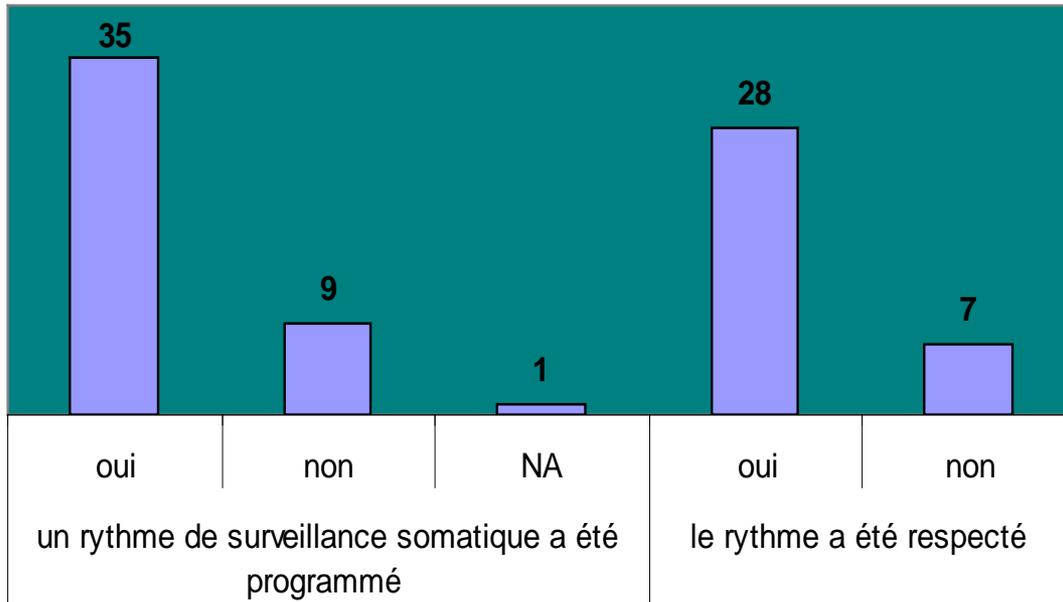
Q15. Surveillance médicale



Q16. Surveillance psychique

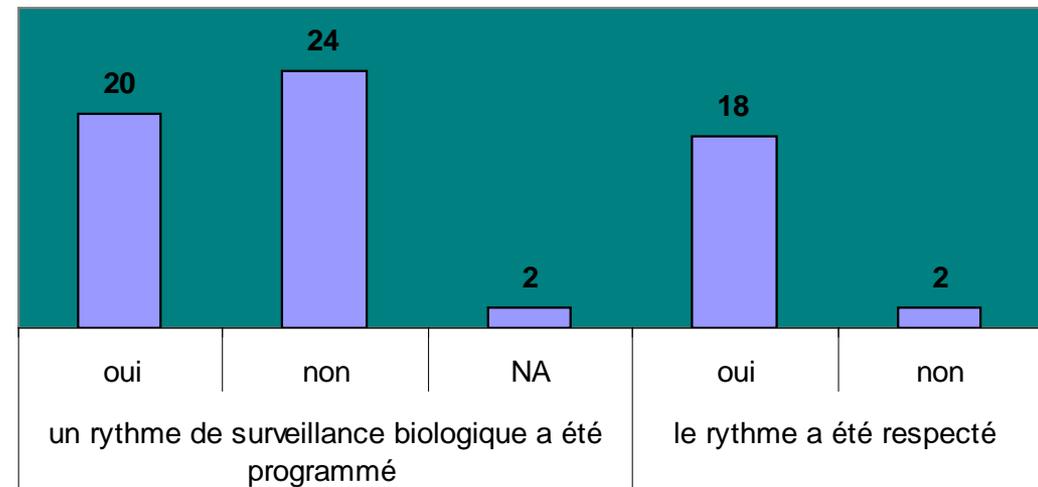


Q15 - Q16 - Q17 - Q18. Les Surveillances méd/psy/soma/bio



Q17. Surveillance somatique

Q18. Surveillance biologique



pôle

Q15. Surveillance médicale / Q16. Surveillance psychique
Q17. Surveillance somatique / Q18. Surveillance biologique

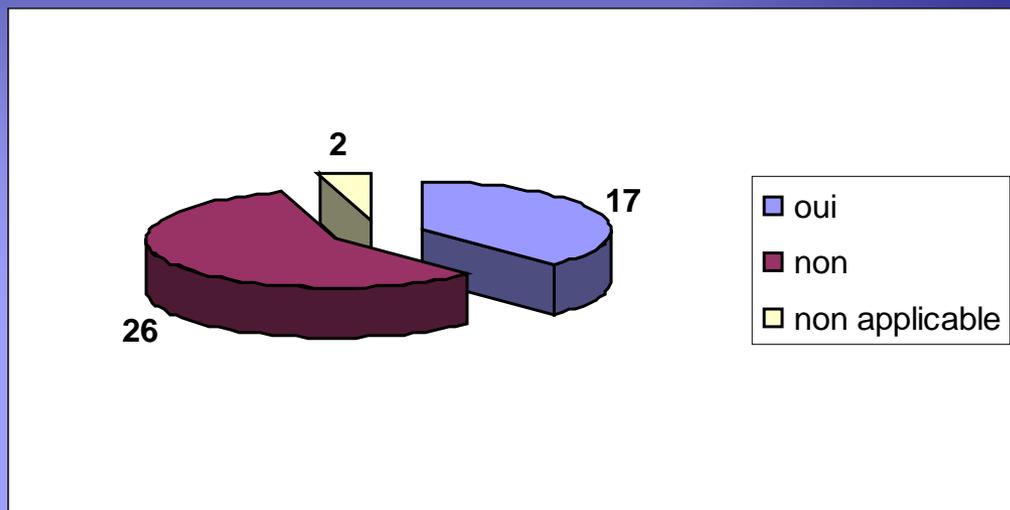
•La surveillance médicale pendant le temps de l'isolement a été majoritairement appliquée et ceci dans les 24 heures. Les résultats sont disparates particulièrement dans la surveillance biologique qui n'est pas suffisamment appliquée.

•Préconisation: Les surveillances psychiques, somatiques et biologiques se font lors de la visite et de la surveillance médicale. Elles se devraient d'être systématiques. Les surveillances déclinées devraient se structurer dans le cadre de protocoles et des transmissions ciblées. L'évaluation du risque thrombo-embolique devrait être une préoccupation constante dès lors que le patient est immobilisé.

Écart: Absence d'écart

Q19. Mesure scandée par des sorties brèves

- Les sorties brèves sont insuffisamment instaurées.
- Préconisation:
- Le but consiste surtout à humaniser l'isolement par des sorties brèves (contact avec les autres personnes, possibilité de fumer, etc.) et permettre l'évaluation de l'apaisement des troubles du comportement.



Écart: Les sorties sont réalisées sur prescription médicale. En l'absence, il n'y a pas de sortie de chambre.

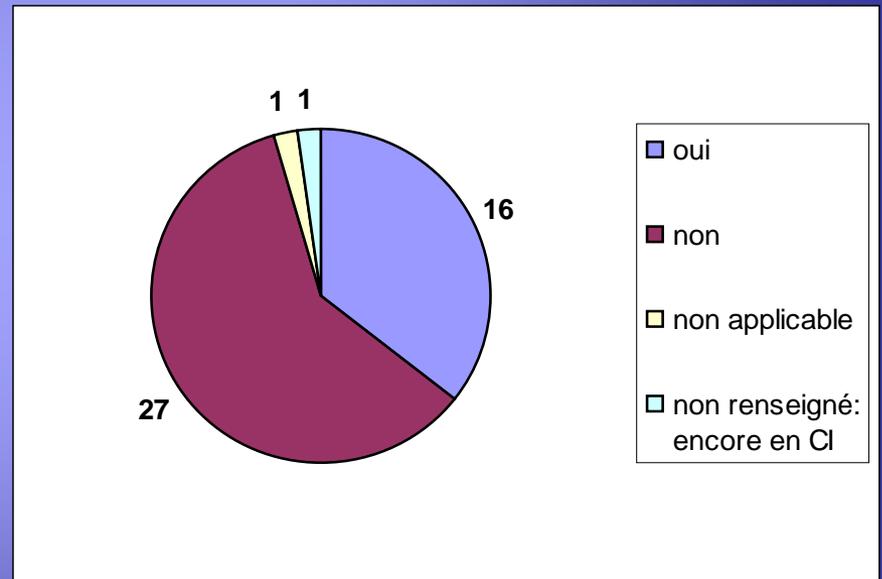
Q20. Sortie de chambre d'isolement

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

- Un entretien systématique centré sur le vécu de la mesure d'isolement n'est pas retrouvé dans la majorité des cas.

Préconisation:

Systematiser la possibilité d'un entretien de restitution du vécu de l'isolement pour le patient. Ce type d'entretien spécialisé devrait être assuré par un professionnel maîtrisant cette dimension.

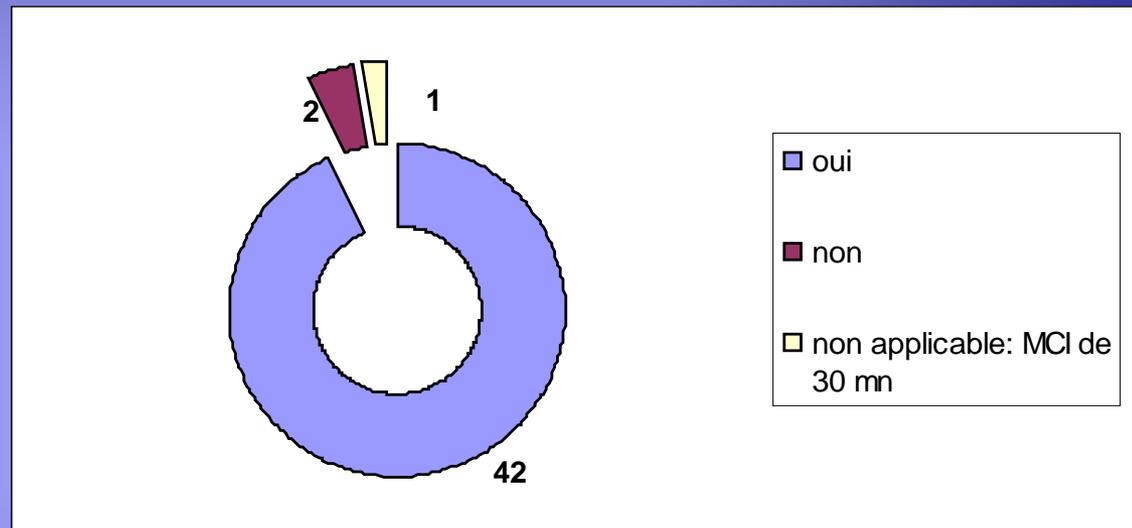


Écart: Absence d'entretien centré sur le vécu de l'isolement par le patient.

Q21. Hygiène - Q22 Propreté

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

•L'hygiène de la personne isolée ainsi que l'état de propreté de son environnement proximal a été assurée durant toute la phase de soin pour l'ensemble des dossiers audités.



Écart: Absence d'écart significatif

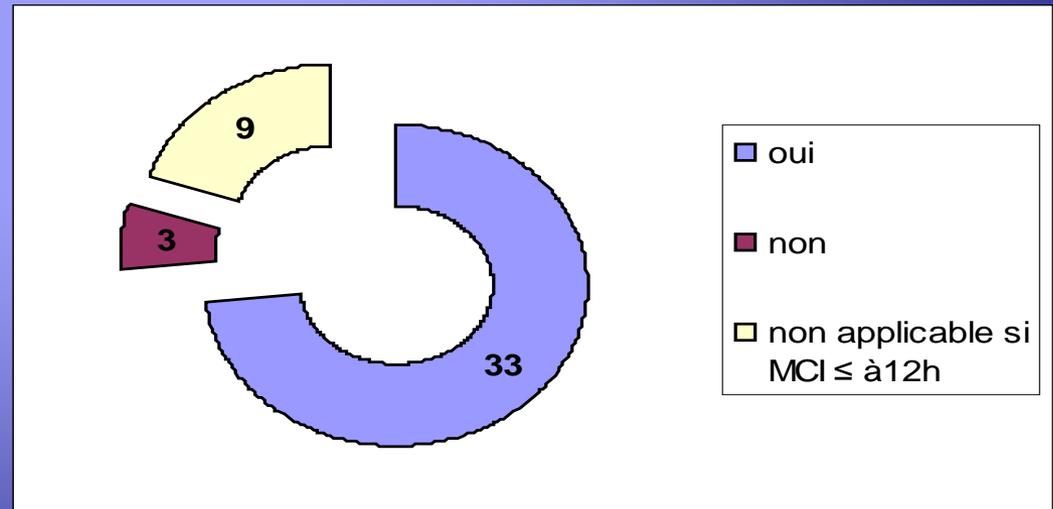
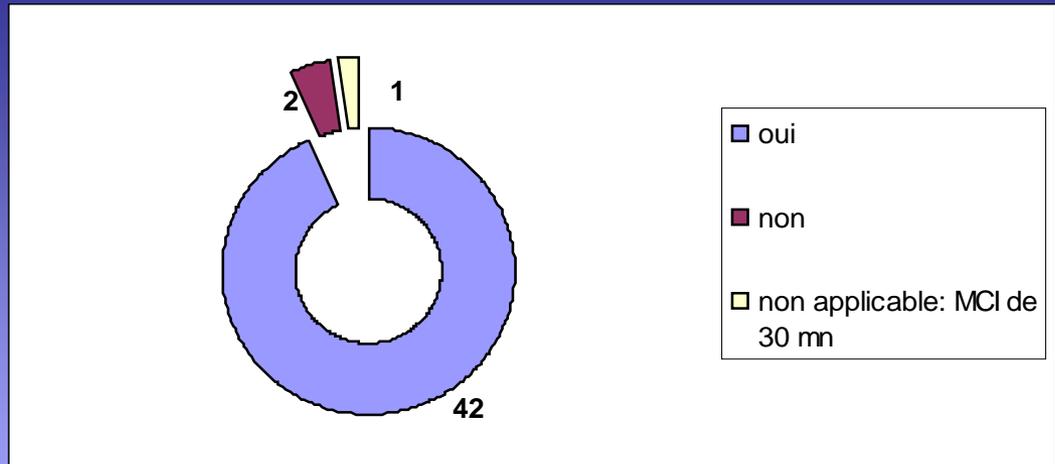
L'hygiène a été assurée durant toute cette phase de soins

Q21. Hygiène

Q22 Propreté

•L'hygiène de la personne isolée ainsi que l'état de propreté de son environnement proximal a été assurée durant toute la phase de soin pour l'ensemble des dossiers audités.

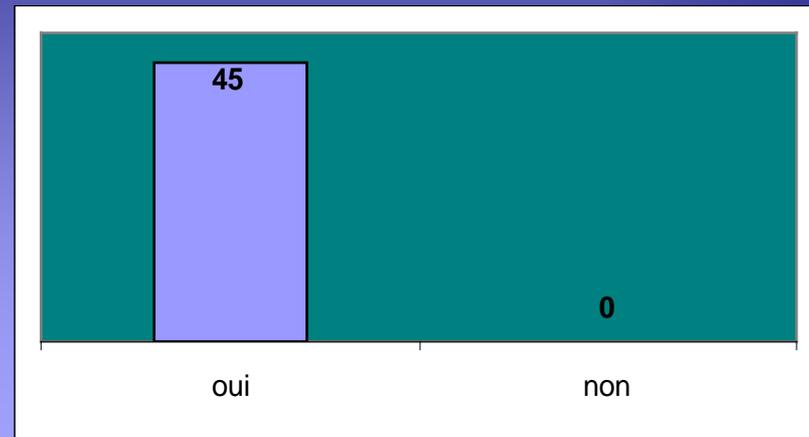
L'état de propreté de la CI a été vérifié au moins 2 fois par jour



Écart: Absence d'écart significatif

Q23. Dossier du malade

- Pour la totalité des dossiers audités les documents sont intégrés au dossier du patient (prescriptions médicales et surveillance des soins).



Préconisation:

- Une réflexion doit être menée sur l'archivage de l'ensemble des documents et de leur exploitation notamment des diagrammes de surveillance iso (durée, fréquence, mesures adaptées, etc.)

Écart: il n'y a pas d'étude réalisée sur l'archivage des dossiers de psychiatrie, actuellement mise en conformité de la codification (service centrale des archives / PMSI).

L'audit croisé réalisé sur une échelle régionale permet de mettre en évidence des pratiques différentes, quelque soit l'établissement, mono disciplinaire (EPSM) ou multidisciplinaire (CHG).

L'intérêt de l'audit est double : une observation réelle des pratiques et une amélioration de celles-ci, convergeant alors vers une harmonisation des pratiques au niveau régionale.

Les éléments de l'audit faisant l'objet d'une amélioration des pratiques, sous forme d'EPP ou de nouvel audit sont :

Conformité de la chambre

Audit sur la conformité des chambres d'isolement identifiées pour les services concernés.

EPP sur les recommandations de l'utilisation d'une chambre dédiée à l'isolement thérapeutique (chambre de soins d'attention, chambre d'apaisement ...)

La mise en isolement thérapeutique

EPP sur les modalités d'hospitalisation et la MCI (HO, HDT, HL, HO pénitentiaire ...) / les indications, entrées et sorties de la chambre d'isolement.

Procédure d'établissement sur les contentions physiques et les surveillances liées à la contention

Procédure sur les facteurs de risques et les surveillances (médicale, psychique, physique et biologique) avant, pendant et après la mise en isolement thérapeutique

La mise en isolement thérapeutique

EPP sur les sécurités lors d'une MCI (service sécurité, incendie, renforts, sorties brèves ...)

Audit sur la violence – agressivité en services de psychiatrie ou EPP sur la prise en charge d'un patient agressif en psychiatrie

PUBLICATIONS

Revue Médicale

Revue Santé Mentale / Soins Cadres / Soins
psychiatrie

Journées Scientifiques

Fédération régionale de Recherche en santé mentale du Nord Pas de Calais

3 rue Malpart 59000 Lille

03 20 44 10 34

www.santementale5962.com