

Outil pour l'amélioration des pratiques

L'information au service du parcours du patient : contenu, circuits, supports

Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en service de psychiatrie

→ Finalité

- Mettre l'information au service du parcours du patient pour assurer la continuité des soins, prévenir des événements indésirables et éviter des ruptures de prises en charge, en veillant au respect de la confidentialité et en prévenant toute stigmatisation.
- Améliorer la gestion des risques par une information structurée auprès de l'institution.

→ Objectifs opérationnels

- Améliorer la collecte des données cliniques relatives à chaque patient pour que les informations soient les plus complètes et les plus utiles possible.
- Associer l'ensemble des acteurs concernés, patient, famille, proches, soignants, médecin traitant, équipes soignantes ayant pris en charge antérieurement le patient, pour recueillir l'information et tracer le parcours du patient, dans le respect des droits du patient.
- Tracer le parcours du patient, préparer l'évaluation initiale en précisant s'il y a lieu les informations relatives au risque de comportement violent.
- Formaliser et gérer le circuit des informations concernant le patient ; préciser qui fait quoi, pourquoi, avec et vers qui ? Quel est le contenu de l'information ? Qu'est-ce qui relève du dossier du patient ? Qu'est-ce qui relève d'une information anonymisée au niveau de l'institution ?
- Gérer la transmission de l'information à tous les niveaux :
 - en respectant les règles juridiques et déontologiques, notamment les règles de confidentialité ;
 - en prenant en compte les logiciels disponibles et accessibles ;
 - en prenant en compte les objectifs d'amélioration proposés par la certification des établissements de santé et les indicateurs nationaux, notamment pour la gestion du dossier du patient.

→ Programmes :

[Programme 5 - Améliorer la collecte des données sur le patient et le circuit de l'information](#)

[Programme 2 - Évaluer de manière pluriprofessionnelle le patient à l'accueil et en cours d'hospitalisation](#)

[Programme 9 - Gérer les suites d'un incident au niveau institutionnel](#)

→ Mode d'emploi de l'outil

Le parti a été pris de considérer que l'information utilise un support informatique ; cependant, pour les établissements ou services qui n'auraient pas fait ce choix, on peut déduire la logique de présentation et d'organisation de ces informations et la transposer sur un support « papier ».

L'outil présenté, non exhaustif, a été conçu pour accompagner les professionnels de l'équipe dans la gestion de l'information relative aux risques et aux actes de violence.

Les équipes peuvent l'utiliser en l'état ou l'adapter en prenant en compte les outils déjà existants et utilisés dans le service.

→ Introduction

L'information doit répondre à des impératifs contradictoires d'accessibilité et de confidentialité. Elle doit être facilement accessible pour les professionnels autorisés, au moment et à l'endroit où ils en ont besoin. Elle doit être protégée de toute autre connexion.

Un système d'information doit être conçu avec les utilisateurs potentiels, en y intégrant la formation de l'ensemble des utilisateurs et le suivi de celle-ci, afin que l'information soit structurée de façon prévisible et toujours disponible.

L'information est recueillie à des moments différents, par des acteurs multiples et à des stades variés du parcours du patient.

Elle nécessite une cohérence de sa traçabilité de façon à être utilisable facilement, au bon moment, par le bon acteur, dans le cadre de circulation fixé par la loi du 4 mars 2002.

Les épisodes de violence sont d'abord des antécédents à identifier. Ceux-ci sont notés dans le dossier pour permettre aux soignants de mieux prendre en charge le patient et ne pas se trouver confrontés sans préparation à cette éventualité. Ce recueil d'information est réalisé dans le respect des droits du patient, avec le souci d'éviter toute stigmatisation.

Lorsqu'un acte de violence est commis dans l'institution par un patient, on distinguera deux types de traces écrites : celles qui figurent dans le dossier du patient et celles qui alimentent le dispositif institutionnel de gestion des risques et doivent être anonymisées.

→ Support, circuit, contenu

1. Le support de l'information clinique

Le support à privilégier pour l'information clinique relative aux risques et aux passages à l'acte violent devrait être aujourd'hui le dossier informatisé. Celui-ci permet de garantir une traçabilité durable et une disponibilité pour les personnes autorisées.

Pour ce faire, le dispositif informatique doit être accessible aux professionnels autorisés, tout au long de la prise en charge du patient (urgences, structures extra-hospitalières, hospitalisation...) dans les limites fixées par la loi. Il doit répondre aux exigences réglementaires en matière de sécurité d'accès aux informations, de confidentialité, de conservation, et d'accessibilité. Les informations sont structurées. Il est préconisé une formation des professionnels et une maintenance aux plans fonctionnel et informatique.

2. Le circuit des informations cliniques

La circulation des informations cliniques est nécessaire pour préserver la continuité des soins et éviter des ruptures de prise en charge. Toutefois ces transmissions doivent être réalisées avec attention et prudence pour préserver le secret professionnel, conformément aux droits des patients et aux codes de déontologie des professionnels.

2.1 D'où vient l'information clinique ?

- du dossier quand il est constitué (patient connu) et accessible ;
- du patient lui-même ;
- de la famille et des proches ;
- du médecin traitant ;
- des structures d'urgence [service d'aide médicale d'urgence (SAMU), urgences hospitalières, équipes mobiles psychiatrie précarité, pompiers, police] ;
- des travailleurs sociaux et médico-sociaux.

2.2 Qui recueille l'information clinique ?

- médecins, psychologues et infirmiers.

Le contenu de l'information qui transite varie selon le destinataire et le cadre législatif ou réglementaire.

2.3 Où va l'information clinique ? Selon le cas et en fonction de la réglementation, vers :

- les soignants quand ils interviennent dans la prise en charge du patient ;
- le patient lui-même (dans le cadre des dispositions de la loi du 4 mars 2002) ;
- les assistants sociaux éducatifs du secteur de psychiatrie participant à la prise en charge ;
- le médecin traitant et les médecins des établissements médico-sociaux partenaires de la prise en charge ;
- les psychologues participant à la prise en charge ;
- le juge des libertés en cas d'hospitalisation sans consentement ;
- le tiers ayant signé la demande d'hospitalisation Soins à la demande d'un tiers (SDT) ;
- le préfet en cas d'hospitalisation en soins à la demande du représentant de l'État (DRE).

Cette information transite via le dossier médical vers les soignants de l'hôpital, via des courriers, fiches de liaison, certificats (loi du 5 juillet 2011) ou réunions pour les autres destinataires, en respectant le cadre législatif et réglementaire, qui définit les documents accessibles aux différents destinataires, dans le respect des règles concernant le secret professionnel.

3. Structuration du recueil des informations cliniques

On peut décrire le circuit de l'information au regard de la question de la prévention de la violence.

3.1 Le temps initial est celui de la prévention dès l'accueil du patient

Quel que soit l'endroit :

- centre médico-psychologique (CMP) ;
- urgences ;
- hospitalisation,

les professionnels autorisés doivent pouvoir identifier facilement dans le dossier les informations relatives au risque de comportement violent.

Les professionnels autorisés doivent pouvoir tracer les informations relatives au contexte de l'hospitalisation à partir d'entretiens réalisés auprès du patient et/ou de ses proches mais aussi des professionnels directement impliqués en amont de l'hospitalisation [médecin traitant, pompiers, service d'aide médicale d'urgence (SAMU), police, centre médico-psychologique (CMP), autre établissement, etc...].

L'entretien clinique auprès du patient permet de décrire son discours (forme et contenu), la qualité de son contact, son comportement, sa position face à la perspective de soins.

Toutes les informations cliniques recueillies à l'accueil doivent être formalisées de façon simple, précise et complète.

Par exemple sur un dossier informatisé présence d'un onglet « facteurs de risque » accessible directement ; celui-ci pourrait dérouler une liste de différentes catégories :

- antécédents médicaux ;
- antécédents chirurgicaux ;
- antécédents familiaux ;
- antécédents judiciaires en lien avec la violence ;
- antécédents d'hospitalisation en unité pour malades difficiles (UMD), etc. ;
- allergies ;
- intolérance aux traitements psychotropes ;
- addictions ;
- risque suicidaire ;
- antécédents de violence ;
- etc.

Le temps d'accueil permet d'informer le patient des conditions de la prise en charge, en fonction de sa modalité administrative d'hospitalisation, notamment les questions relatives à la personne à prévenir, à la personne de confiance, les règles de vie dans l'institution et les règles d'échanges d'informations (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé 2004).

Ce temps d'information du patient devra être tracé et être l'un des supports pour le projet thérapeutique individualisé et l'alliance thérapeutique.

[Outil 1 - Projet thérapeutique individualisé](#)

[Outil 2 - Recueil de données sur le parcours du patient](#)

3.2 Le temps de la crise

La mise en œuvre des mesures de prévention immédiates devra être décrite en évaluant rétrospectivement l'effet des différentes étapes de manière à fournir des éléments pour améliorer les éventuelles interventions du même type auprès de ce patient.

Les différents moyens mis en œuvre, thérapeutique médicamenteuse ou en dernier recours mesures d'isolement ou de contention, ont leurs propres outils de traçabilité (prescription et surveillance) qui devraient être intégrés dans un même support informatique.

Dans le cas d'un passage à l'acte violent, celui-ci devrait pouvoir être décrit sur un support standardisé, anonymisé, distinct du dossier du patient de façon à alimenter la base de gestion des risques de l'établissement dans une perspective dynamique d'amélioration des pratiques.

Il existe différents outils d'enregistrement des actes de violence en psychiatrie, utilisés à l'origine dans un cadre de recherche¹ et ayant été validés à l'étranger. Ces outils peuvent permettre aux acteurs des établissements de structurer de façon standardisée la description des actes de violence. Selon le cas et l'objectif, il peut s'agir d'outils propres à un établissement ou d'outils standardisés inter établissements.

L'outil la *Staff Observation Aggression Scale* révisée (SOAS-R) {Nijman 1999 5564} a été adaptée par des équipes belges et suisses {Service public fédéral 2011 123}. On la trouvera en annexe de cet outil.

3.3 L'après-crise

L'analyse rétrospective peut se décliner à plusieurs niveaux :

- au niveau du patient et de l'équipe :
 - reprise avec le patient,
 - analyse en réunion d'équipe,

L'analyse rétrospective au niveau individuel alimente le dossier du patient. Pour la réunion d'équipe, on ne retiendra dans le dossier qu'une synthèse des éléments qui pourront être utiles à une autre équipe dans un autre temps ou un autre lieu ;
- au niveau institutionnel :
 - revue de mortalité et de morbidité (RMM) analyse des causes profondes ;
 - staff-EPP (évaluation des pratiques professionnelles) ;
 - comité de retour d'expérience (CREX).

Outil 8 - Prise en charge d'un patient après un état d'agitation

Outil 9 - Réunion d'équipe post-incident

Outil 10 - Gérer les suites d'un incident au niveau institutionnel

Les outils institutionnels ne sont pas nominatifs et comportent leurs propres règles de traçabilité et d'archivage.

Une structuration des comptes rendus pourrait faciliter des études comparatives entre équipes ou dans le temps, voire entre des établissements différents.

Ils peuvent alimenter des protocoles de recherche pour améliorer de façon globale les soins relatifs à ces épisodes à risque.

4. Organisation des supports

Le dossier du patient

Le dossier informatisé contient deux types d'informations :

- des informations relatives au patient, toujours directement accessibles : état civil, éléments administratifs, facteurs de risque, historique des soins, etc. : partie dite « patient », elle s'actualise à mesure de l'évolution des soins et de la vie du patient ;
- des informations propres à chaque séquence de soins. Chaque séquence comporte un début et une fin et reçoit toutes les données de soins recueillies pendant la séquence.

Outil 2 - Recueil de données sur le parcours du patient

Autres supports

D'autres supports, identifiables au niveau de l'établissement, ne figurent pas dans le dossier du patient :

- revue de mortalité et de morbidité (RMM) (analyse des causes profondes) ; comité de retour d'expérience (CREX) ; staff ; événement indésirable :
 - intra-établissement : comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT), médecine du travail, observatoire local de la violence [quand il existe], comité de promotion de la vie au travail (CPVT) [quand il existe], etc... ;
 - extra-établissement :
 - Observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS),
 - agence régionale de santé (ARS),
 - autres.

¹ Voir rapport bibliographique, fiche 2

Annexe : exemple de formulaire d'enregistrement des incidents en hospitalisation psychiatrique

Un exemple d'outil de recueil des incidents violents²

D'après la Staff observation Aggression Scale-Revised (SOAS-R), Nijman, Palmstierna © 1999.

Cette adaptation est proposée à titre indicatif. L'outil est complété par un score de gravité qui n'est pas présenté ici.

Élément déclenchant	Moyen(s) utilisé(s)	Cible de l'agression	Conséquence(s)	Mesure(s) prise(s) pour gérer l'incident
Non compréhensible	Agression verbale	Aucune/personne	Aucune	Aucune
Provoqué par :	Objets ordinaires :	Objet(s)	Objets	Entretien avec le patient/Interventions verbales
Par d'autres patients	Chaise	Autre(s) patient(s)	Endommagé, doit être réparé	Patient guidé tranquillement vers sa chambre ou un autre espace calme
Refus d'une demande du patient	Verre, vaisselle	Le patient lui-même	Endommagé, doit être remplacé	Traitement médicamenteux per os
Lors d'aides pour les activités de la vie quotidienne	Autre(s)	Membre(s) du personnel	Les personnes	Traitement médicamenteux par voie injectable
Lors de la prise de médicaments		Autre(s) personne(s)	S'est sentie menacée	Intervention physique
Autre(s)	Parties du corps		Douleur physique -10Min	Mesure d'isolement
	Coup de poing, gifle		Douleur physique + 10Min	Mesure de contention
	Coup de pied		Blessure visible	Autre(s) mesure(s)
	Morsure		Nécessite des soins	
	Autre(s)		Nécessite une prise en charge médicale	
	Moyens ou objets dangereux			
	Couteau			
	Tentative de strangulation			
	Autre(s)			

Pour un commentaire de cet outil, voir rapport bibliographique, chapitre 2 : Qu'entend-on par « violence » ? Définitions de la violence et classifications des actes de violence en services de psychiatrie.

² En 2011, une équipe de recherche belge associant l'université de Gent et l'université de Louvain a proposé une adaptation de la grille SOAS ainsi que des outils associés dans le cadre d'un projet de recherche « Prévenir et gérer la violence en psychiatrie » commandité par le Service Public Fédéral Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et environnement (Service public fédéral 2011). Une version française de la grille est aussi utilisée en Suisse, à l'hôpital de Lausanne (Camus 2013).

L'information au service du parcours du patient : contenu, circuits, supports

04

→ Références

- 1 - Loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.
- 2 - Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge Article L1110-4 du code de santé publique. Modifié par LOI n° 2011-940 du 10 août 2011 - art. 2.
- 3 - Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées (1).
- 4 - Décret n°2002-637 du 29 avril 2002 relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé en application des articles L. 1111-7 et L. 1112-1 du code de la santé publique.
- 5 - Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1).
- 6 - Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.
- 7 - Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée.
- 8 - Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.
- 9 - Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Dossier du patient : amélioration de la qualité de la tenue et du contenu. Réglementation et recommandations. Saint-Denis La Plaine: ANAES; 2003.
- 10 - Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, Fédération hospitalière de France. Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligation de soins et de sécurité 24 et 25 novembre 2004 Paris (ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille). Conférence de consensus. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2004. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Liberte_aller_venir_long.pdf.
- 11 - Camus D, Gholam-Rezaee M, Kühne N, Duflon J-P, Kaision JM, Moulin V. Using the SOAS-R scale in the Psychiatric Department of the Lausanne University Hospital (PP-CHUV) : lessons and limits after five years. In: Callaghan P, Oud N, Bjørngaard JH, Nijman H, Palmstierna T, Almvik R, ed. Violence in Clinical Psychiatry. Proceedings of the 8th european congress on violence in clinical psychiatry, Ghent 23 - 26 October 2013. Amsterdam: Kavanah, Dwingeloo & Oud Consultancy; 2013. p. 193-198.
- 12 - Collectif Interassociatif sur la Santé. Usagers du système de santé : connaissez & faites valoir vos droit ! Guide destiné aux usagers et à leur entourage. Paris: Le CISS; 2013. <http://www.leciss.org/sites/default/files/Guide-CISS-Sante-BD.pdf>.
- 13 - Haute Autorité de Santé. Manuel de certification des établissements de santé V2010. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/manuel_v2010_janvier2014.pdf
- 14 - Haute Autorité de Santé. Saed : un guide pour faciliter la communication entre professionnels de santé 2014. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1776178/fr/saed-un-guide-pour-faciliter-la-communication-entre-professionnels-de-sante.
- 15 - Jonas C, Senon JL. Responsabilité médicale et droit du patient en psychiatrie. Paris: Elsevier Masson; 2004.
- 16 - Nijman, H.L.I., Muris, P., Merckelbach, H.L.G.J., Palmstierna, T., Wistedt, B., Vos, A.M., et al. (1999). The Staff Observation Aggression Scale-Revised (SOAS-R). Aggressive Behavior, 25, 197-209.
- 17 - Service public fédéral, Santé publique sécurité de la chaîne alimentaire et environnement, Verhaeghe S, Lauwaert K, Filion N, Caillet O, et al. Prévenir et gérer la violence en psychiatrie. Bruxelles: SPF; 2011.

→ Pour en savoir plus

[Le guide méthodologique](#)

[Les 14 outils](#)

[Les 15 programmes](#)

[Le rapport bibliographique](#)



Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr