

THIEVENT Jérôme

U.E 3.4 S6 : Initiation à la recherche

Directeur de mémoire :

U.E 5.6 S6 : Analyse de la qualité et

BEAU Marie-France

traitement des données scientifiques

et professionnelles

En quoi le processus d'identitovigilance comme relation soignant-soigné influence la qualité et la continuité des soins ?

Promotion 2014-2017

IFSI CHU DE NANTES

Le 27 avril 2017

THIEVENT Jérôme

U.E 3.4 S6 : Initiation à la recherche

Directeur de mémoire :

U.E 5.6 S6 : Analyse de la qualité et

BEAU Marie-France

traitement des données scientifiques

et professionnelles

En quoi le processus d'identitovigilance comme relation soignant-soigné influence la qualité et la continuité des soins ?

Promotion 2014-2017

IFSI CHU DE NANTES

Le 27 avril 2017

Remerciement :

Je souhaite remercier toutes les personnes qui ont contribué à l'élaboration de ce mémoire de fin d'études :

Madame Marie-France BEAU, ma directrice de mémoire, pour m'avoir accompagnée, orientée et conseillée tout au long de ce travail.

Les formateurs de l'IFSI pour leurs conseils et leurs disponibilités.

Les professionnels de santé pour m'avoir consacré une partie de leur temps à la réalisation des entretiens.

Mes collègues de formation et amis pour leurs soutiens et aides tout au long de cette formation.

Ma famille pour leurs investissements durant ces trois ans de formation.

SOMMAIRE

1. Introduction	1
2. Situations de départ.....	2
3. La démarche méthodologique.....	6
4. De l'identitovigilance à la continuité des soins.....	8
4.1. L'identitovigilance.....	8
4.1.1 L'identité. La confidentialité.....	10
4.1.2 La vigilance. La sécurité.....	13
4.1.3 Les risques. La traçabilité.....	15
4.2 Les Facteurs de risques de l'identitovigilance.....	17
4.2.1. Les facteurs associés au soignant.....	19
4.2.2. Les facteurs associés au patient.....	20
4.2.3. Les facteurs associés à l'équipe.....	20
4.2.4 Les facteurs associés aux tâches.....	21
4.2.5 Les facteurs associés à l'environnement.....	22
4.2.6 Les facteurs associé à l'organisation et l'institution.....	22
4.3 Les enjeux de l'identitovigilance et le rôle infirmier.....	23
4.3.1 La gestion des risques.....	23
4.3.2 La qualité et la continuité des soins.....	26
5. La problématisation.....	30
6. Conclusion.....	32
7. Références Bibliographiques.....	33
8. Annexes I et II.....	I et IV

1.Introduction

Les situations de stage ont été occasion d'un vrai questionnement moteur de mes recherches dans le but d'obtenir des éléments de compréhension sur l'identification du patient par les soignants. C'est un concept nouveau, j'aimerais exposer les motivations qui m'ont permis d'entreprendre cette recherche.

J'ai choisi le thème de l'identitovigilance car cette procédure vise à garantir la délivrance du bon soin au bon patient, elle a pour objet de préciser les modalités d'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge. Elle est aussi un prérequis pour la sécurité des soins que ce soit lors de tout acte médical ou d'activité de soins, lors de la réalisation d'examens complémentaires, et à chaque transfert de la personne soignée concernant le départ et l'arrivée. Du point de vue professionnel, l'identification, que ce soit de la personne soignée ou de ses problèmes de santé réels ou potentiels est essentielle à la pratique du métier d'infirmier. Il faut développer ses compétences dans le recueil de données, la démarche clinique et le projet de soins infirmiers pour mieux accompagner le patient dans son parcours de soins. La pratique de l'identification a bénéficié, depuis des années, des améliorations apportées par les progrès technologiques. L'identitovigilance n'échappe pas à cette évolution en matière de développement des techniques ou d'amélioration de la sécurité.

2.Situations de départ

Première situation de stage :

Ce stage s'est déroulé dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) au premier étage d'un l'hôpital local en Loire-Atlantique. Le service comporte vingt-deux chambres individuelles prévues pour y accueillir des personnes âgées en perte d'autonomie et ne pouvant plus rester seules chez elles. Ces personnes sont prises en charge de façon globale et multidisciplinaire par une équipe médicale (gériatre, psychiatre), paramédicale (infirmières, aides-soignantes) et sociale (assistante sociale, animatrice) avec l'élaboration d'un Projet d'Accompagnement Individualisé (PAI) appelé également projet de vie.

Le service Alzheimer fermé situé au rez-de-chaussée du même hôpital fait partie de l'EHPAD. Ce service accueille douze personnes atteintes de démence type Alzheimer en chambre individuelle. L'infirmière et moi avions en charge ces deux services de trente-quatre patients sur une plage horaire de dix heures de 7h à 17h00.

Ce stage de dix semaines en maison de retraite médicalisée a été très enrichissant du point de vue des soins relationnels et de la gestuelle des techniques de soins réalisés dans le service. Néanmoins quelques semaines plus tard pendant le stage, j'ai été surpris de constater que les vingt-deux patients de la maison de retraite ne portaient pas de bracelet d'identification à l'inverse des douze patients de l'unité Alzheimer. Pourquoi cette différence entre ces deux services associés ?

La réponse me fut donnée par mon infirmière tutrice : « *l'EHPAD est un lieu de vie où les personnes soignées payent pour pouvoir résider dans l'institution. C'est un domicile, et les personnes y demeurent parfois jusqu'à leur décès. Les patients atteints de démence de type Alzheimer, pathologie dégénérative des neurones affectant la mémoire, doivent être plus surveillés et identifiés pour des raisons évidentes de sécurité pour le malade et son entourage* ». Le risque de fugue est important chez ces patients atteints d'altérations cognitives sévère. Le patient peut se reporter lui-même à son bracelet d'identification, sur lequel figure son nom, son prénom, son nom de jeune fille, sa date de naissance. Le bracelet est aussi un outil de médiation avec l'équipe soignante. L'administration de thérapeutiques

médicamenteuses tous les matins dans ces deux services incluent la nécessité de connaître les personnes que l'on soigne. Dans cette institution pour personnes âgées, les piluliers de médicaments sont identifiés avec une photo récente de chaque résident.

Il convient aux soignants de bien vérifier l'identité des patients pour donner le bon soin à la bonne personne. Il convient aussi de connaître les procédures d'identification et le protocole de prise en charge pour les personnes décédées.

Deuxième situation de stage :

Ce deuxième stage s'est déroulé dans un service de soins intensifs de néonatalogie, au même étage que les réanimations pédiatriques et néonatales. Le service est sécurisé, accessible par carte nominative pour le personnel et par visiophone pour les parents ou les visites. Il comporte dix-huit lits de soins intensifs et six lits de néonatalogie, soit vingt-quatre lits répartis en deux unités.

L'équipe médicale composée de pédiatres seniors, de pédiatres spécialisés et d'internes, assure la continuité des soins 24h/24 toute l'année. L'équipe paramédicale est formée d'une puéricultrice cadre de santé, de quarante-cinq infirmières et puéricultrices, de dix agents de service, de deux secrétaires, de quatre psychologues et de deux assistances sociales. Le service de néonatalogie collabore également quotidiennement avec des kinésithérapeutes, des manipulateurs en radiologie, des radiologues, des anesthésistes, des techniciens, etc...

Les soins intensifs néonatals ont pour mission d'offrir une surveillance et des soins spécialisés, en lien avec les soins de développement auprès d'enfants prématurés, de poids de naissance supérieur à mille grammes ou nés après trente semaines d'aménorrhée. Ils prennent également en charge des nouveau-nés à termes présentant une difficulté d'adaptation à la vie extra-utérine, due à des pathologies respiratoires, cardiaques, digestives ou métaboliques.

J'ai été surpris de voir que les nouveau-nés n'avaient pas de bracelet avec leur identité, et ai posé la question à la puéricultrice. Sa réponse fut spontanée et concise. Premièrement avec « *l'immaturité cutanée du prématuré le bracelet d'identitovigilance peut être délétère avec un risque d'escarre, ou d'allergies cutanées très importantes* ». Deuxièmement, les nouveau-nés sont installés dans des couveuses fermées (il en existe des ouvertes), ils

présentent souvent de graves détresses respiratoires dues à une immaturité pulmonaire couplée à une maladie des membranes hyalines. Il convient donc de ne pas introduire de bracelet en plastique ou latex pouvant engendrer des émanations toxiques délétères. Le bracelet d'identité est alors fixé sur la couveuse du nouveau-né. Comment identifier les nouveau-nés sans détériorer leur santé ?

Troisième situation de stage :

Mon dernier stage s'est déroulé dans un service de psychiatrie, secteur ouvert. Le service comporte vingt-trois lits d'hospitalisation libre avec un taux d'occupation de 80 % et une durée moyenne de séjour de 16,8 jours. Les trois quarts des psychopathologies rencontrées sont : schizophrénie paranoïde (22%), troubles mentaux liés à l'alcool avec syndrome de dépendance (19%), épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique (17%), personnalité dissociable (9%), schizophrénie indifférenciée (8%). Les actes médicaux réalisés dans le service sont les entretiens thérapeutiques, les réunions cliniques, les visites médicales, les synthèses, les entretiens familiaux et pour certains patients l'électroconvulsivothérapie (ECT). Les soins infirmiers sont variés, depuis l'administration de traitements médicamenteux jusqu'aux entretiens médicaux, infirmiers, familiaux et pluridisciplinaires. D'autres soins techniques, de nursing, de confort sont parfois nécessaires. Les professionnels de santé contribuent aux médiations, aux activités de resocialisation, aux réunions soignant-soignés, aux réunions cliniques avec un temps de synthèse en lien avec les acteurs hospitaliers, extra hospitaliers et les réseaux de soins.

J'ai été surpris de constater l'absence de bracelet d'identification, l'équipe m'a confirmé cette pratique être habituelle au sein du service. J'ai demandé à ma tutrice pourquoi les patients n'étaient pas identifiés. Sa réponse fut la suivante : « *les personnes atteintes de psychopathologies sont trop hypersensibles et affectées pour porter le bracelet d'identification* ». De plus, « *ce ne sont pas des usagers de soins comme les autres, il faut éviter de les étiqueter ce qui pourrait être trop traumatisant pour eux* ». Un peu plus tard dans le déroulement de mon stage, j'ai eu à prendre en charge une patiente nécessitant de l'électroconvulsivothérapie (ECT). Avec l'autorisation de ma tutrice et de mon cadre de santé, j'ai pu accompagner la patiente pendant son examen. J'ai pris la décision seul, de lui trouver et de mettre son bracelet d'identification. J'ai cherché en vain dans la salle de soins.

Une infirmière du service me désigna un carton tout en haut des étagères. Bracelet en main, je prends le consentement de la patiente qui accepta sans problème. Un peu plus tard, dans le service qui effectue les électroconvulsivothérapies, l'infirmier fut surpris que la personne soignée porte un bracelet d'identification. Cet infirmier m'expliqua que les patients devaient être tous porteurs du bracelet mais que très souvent, c'était lui qui réalisait la procédure d'identification à l'arrivée des personnes soignées. Cette procédure est difficile à accepter pour certains patients et difficile à mener par le professionnel à cause de la désorientation psychologique des personnes soignées. En effet, je pense qu'il est plus facile pour un soignant connu d'identifier la personne plutôt qu'un soignant ponctuel pour un examen.

Proposition de questionnement :

Quels sont les outils, les moyens et les techniques d'identification du patient ?

D'un point de vue juridique, quelles sont les obligations législatives de l'identitovigilance ?

Quels sont les enjeux de l'identitovigilance ?

En cas de refus du patient de porter le bracelet d'identification, quelles autres méthodes mettre en place ?

Comment et quand identifier le patient dans les soins d'extrême urgence ?

Quels sont les facteurs négatifs et positifs qui influencent l'identitovigilance ?

Ce bracelet qui identifie tout de suite un patient hospitalisé n'est-il pas trop stigmatisant ?

Ce bracelet qui « brasse » les services, les personnes soignées et les professionnels de santé ne fait-il pas trop étiquetage ?

Pourquoi cette disparité à utiliser le bracelet d'identification entre certains services et certains professionnels de santé ?

Quels nouveaux outils apportés par le progrès technologique et informatique allons-nous utiliser dans l'avenir ?

Une question de départ se pose après l'analyse de ces différentes situations :

Quels sont les facteurs et les enjeux de l'identitovigilance ?

Il me paraît important de tenir compte de l'état d'esprit des professionnels et surtout des patients car ils sont un atout primordial dans la prise en charge soignante. Je pense qu'informer et rassurer le patient est très important, il est nécessaire d'établir un lien de confiance thérapeutique, à l'aide de nombreux outils de communication. L'identification est un soin qui relève de notre rôle propre d'infirmier. Elle participe à la sécurité, à la qualité et à la continuité des soins.

Dans un premier temps je vais définir et clarifier des concepts clés, nécessaires à la meilleure compréhension des facteurs et des enjeux de l'identitovigilance. Dans le cadre conceptuel, je vais étudier l'identité et la confidentialité, ce qu'elles représentent, la vigilance et la sécurité en général et en tant que soin. Les risques et les facteurs de risques, la gestion de risques et ses outils ainsi que la qualité et la continuité des soins vont être abordés. Dans un deuxième temps, je vais présenter une enquête réalisée auprès de professionnels de santé afin d'approfondir et d'étayer mon questionnement.

3. La démarche méthodologique

1) Données conceptuelles

Durant mes guidances collectives, les échanges avec mes collègues m'ont permis de cibler ma question de départ car le contexte des trois situations était différent. J'ai alors choisi le sujet de l'identitovigilance dans les soins généraux. J'ai décidé de ne pas cibler d'âge précis, pour rester dans un contexte de gestion de l'identification en lien avec mes situations de stage. Tout cela m'a amené au concept de la relation soignant-soigné. En effet, il est impossible d'aborder la vérification de l'identité des patients sans en parler. La relation soignant/soigné questionne sur le rôle de chacun et m'a amené à développer des concepts tels que le soin, la sécurité, la qualité et la continuité des soins. Je me suis appuyé sur des auteurs de référence pour définir ces concepts, comme H. PELPAU, M. FORMARIER, L. JOVIC, W. HESBEEN, J. REASON. J'ai également fait des recherches dans des articles de soins scientifiques sur l'identitovigilance, en lien avec le processus de gestion des risques. J'ai pu analyser un concept, non mentionné dans ma question de départ, celui de la gestion des risques avec sa politique, ses méthodes et ses outils. J'ai eu pendant la rédaction de mon mémoire le sentiment de ne pas assez approfondir certains concepts. Néanmoins, ce travail

m'a permis d'aborder des points très importants tels que la confidentialité, la traçabilité et la vigilance.

2) Construction de l'outil d'investigation

Pour mieux connaître la réalité de l'identification du patient par différents professionnels de santé, j'ai choisi comme méthode l'entretien, outil qui m'est apparu le plus approprié. Je me suis orienté vers des entretiens semi-directifs. Ce procédé d'investigation propose une question centrale ouverte, et quelques questions semi-directives qui permettent à l'interviewé de répondre librement, tout en permettant de guider l'entretien. A partir de mon questionnement, j'ai construit un guide d'entretiens comprenant deux questions ouvertes, puis quelques questions semi-directives, en vue d'approfondir les thèmes et les sous thèmes du cadre conceptuel. Les questions suivent un ordre chronologique et progressif. Cette méthode est plus qualitative que quantitative.

Toutes les informations données par les professionnels de santé sont claires, précises et essentielles. Tous les entretiens individuels ont été réalisés et enregistrés avec l'accord des personnes interviewées, de manière anonyme et sur le lieu de travail. L'enregistrement m'a paru nécessaire afin de retranscrire de façon juste et sans interprétation personnelle les données recueillies. J'ai rencontré quelques difficultés lors de la restitution de certains enregistrements car il y avait des bruits parasites dus à l'environnement professionnel. L'objectif est de questionner individuellement les professionnels de santé qui identifient les patients et qui collaborent ensemble lors de cette étape. Ma réflexion concerne tous les professionnels de santé. Les aides-soignants et les infirmiers sont les acteurs principaux de l'identification des patients. Il m'a paru important de les rencontrer et d'inclure leurs témoignages dans mon mémoire : un aide-soignant et un infirmier du service des urgences adultes, une infirmière du service des brûlés et une infirmière faisant fonction d'IBODE¹ au bloc opératoire des urgences. Je me suis entretenu avec un chirurgien, Président de la cellule d'identitovigilance au sein d'une institution hospitalière. Il m'a permis de mieux appréhender l'avenir et les enjeux de l'identitovigilance.

Les quatre entretiens avec les personnels paramédicaux se sont déroulés sur une semaine entre le vingt-neuf mars et le six avril 2017.

¹ Lire Infirmière de Bloc Opératoire Diplômée d'Etat

L’entretien avec le Président de la cellule d’identitovigilance d’un établissement de santé a eu lieu le quatre janvier 2017. J’ai expérimenté qu’effectuer des entretiens au sein des services soins pendant le temps de travail des professionnels n’est pas toujours aisé. Bruit divers, sonneries de téléphone, présence de personne(s) étrangère(s) à la discussion ont été des éléments perturbateurs. Le déroulement et le contenu des entretiens ont été néanmoins tout à fait satisfaisants et m’ont permis d’étayer et d’approfondir mon sujet de recherche.

4. De l’identitovigilance à la continuité des soins

4.1 L’identitovigilance

L’identitovigilance, concept récent, peut se définir comme « *un dispositif permanent et systématique de surveillance, de détection, d’alerte, de correction et de prévention des erreurs et des risques liés au processus d’identification des patients* ».². On distingue l’identification primaire, qui crée l’identité de tout patient dans le système d’information hospitalier à son entrée, de l’identification secondaire, qui vérifie l’identité du patient avant toute réalisation d’acte et le trace. Le service de gestion administrative des patients (secrétaires de services de soins, de consultations, médico médicotechniques, agents administratifs du bureau des admissions) et l’ensemble des soignants sont les acteurs de ce système. Par extension, l’identification des actions, des résultats et des événements directement ou indirectement liés à la personne soignée et à sa prise en charge qu’elle soit administrative, sociale, financière ou soignante est concernée par le dispositif. L’article L162-21 du Code de la sécurité sociale stipule que « *chaque patient est tenu de justifier son identité* »³.

Une des infirmière interrogées donne sa vision de l’identitovigilance : « *l’identitovigilance est la gestion des risques en terme d’identité pour éviter les erreurs et améliorer la coordination des soins* ».⁴ L’identitovigilance a pour objectif de fiabiliser l’identification du

² SOINS AIDES-SOIGNANTES N°70 mai-juin 2016 l’article : « L’identitovigilance » de G. WIDIEZ.

³

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006073189&idArticle=LEGIARTI000006741568&dateTexte=&categorieLien=cid>

⁴Cf. annexe : Entretien n°2

patient et les documents le concernant pour contribuer à la qualité de sa prise en charge du patient. Ce n'est pas une vigilance sanitaire réglementaire comme le souligne le président de la cellule d'identitovigilance : « *C'est une vigilance de l'établissement mais ce n'est pas une vigilance réglementaire au stricto sensu c'est-à-dire que c'est une vigilance que l'on identifie en tant que telle mais dans les textes réglementaires nationaux elle n'appartient pas aux vigilances sanitaires* ».⁵ Non réglementaire, mais elle définit les bonnes pratiques d'identification, déclare les dysfonctionnements, réalise des analyses systémiques des erreurs, réalise des retours d'expérience, avec une mise en place d'actions correctrices en prévention de nouvelles erreurs.

Face à l'hyperspecialisation des soins, la multiplicité des opérateurs et au turn-over accéléré des personnes soignées, l'identification de ces dernières est aujourd'hui intimement liée à la performance des Systèmes d'Information Hospitalier (SIH)⁶. Ainsi la maîtrise de l'identification du patient, identitovigilance primaire et secondaire, est l'une des treize Pratiques Exigibles Prioritaires (PEP)⁷ du Manuel de certification des établissements de santé V2010 (référence15) demandées par la Haute Autorité de Santé (HAS). L'objectif est d'assurer une meilleure sécurité du patient tout au long de sa prise en charge. De même, au niveau international, l'Organisation Mondiale de la Santé recommande depuis mai 2007⁸ l'utilisation de techniques standards d'identification des patients comme l'utilisation de bracelets d'identification ou de technologies biométriques. D'une part, la sécurisation de l'identification du patient dépend de la politique et des moyens mis en œuvre par l'établissement de santé. D'autre part, la vérification de l'identité repose sur la responsabilisation et la formation des professionnels, et aussi sur l'éducation et l'implication du patient lui-même, acteur de ses soins.

⁵ Cf. annexe : Entretien n°5

⁶ http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1270367/fr/certification-et-hopital-numerique-2012-2016

⁷ Manuel de certification des établissements de santé : www.has-sante.fr/.../pdf/2014-03manuel_v2010_janvier2014.pdf

⁸ Document de l'ARS du Languedoc Roussillon Sécurisation de l'identité tout au long du parcours patient Journée Formation régionale du 20 janvier 2016.

4.1.1 L'identité et la confidentialité

Ce thème m'intéresse particulièrement car il touche au fondement même de l'être humain :

L'identité. Qui sommes-nous ? Question fondamentale et universelle que se pose l'Humanité toute entière depuis la nuit des temps.

L'identité fait partie sans doute des réponses possibles. Faut-il encore la définir. Les sciences humaines l'ont définie comme « *un ensemble de significations apposées par des acteurs sur une réalité physique et subjective, plus ou moins floue, de leurs mondes vécus, ensemble construit par un autre acteur. C'est donc un sens perçu donné par chaque acteur au sujet de lui-même ou d'autres acteurs* ».⁹

Les individus ont plusieurs identités, une identité physique, psychique, socioculturelle et personnelle selon leur histoire de vie et les processus de construction identitaire. Selon Amin Maalouf, « *l'identité n'est pas donnée une fois pour toutes, elle se construit et se transforme tout au long de l'existence* »¹⁰. L'identité est une longue construction qui évolue régulièrement, dès le commencement de la vie et se poursuit jusqu'au décès. David LEBRETON nous dit qu' « *Aujourd'hui, l'identité personnelle n'est jamais achevée, elle se remodèle selon les circonstances (même si, bien entendu, une structure de base demeure) et l'individu, s'il le souhaite, en expérimentant sur soi peut inventer d'autres formes devenant alors d'autre matrice de la production des « soi ».* »¹¹ Pour Alex MUCCHIELLI « *chaque identité trouvant son fondement dans l'ensemble des autres identités s'exprimant à travers le système de relation.* »¹²

A sa naissance, l'individu est d'abord défini par son héritage, en fonction de son héritéité biologique, du milieu social de ses parents, des ressources dont dispose sa famille. En ce sens, il est d'abord assujetti à l'ensemble de ces éléments. Il entre ensuite dans une dynamique socio-psychologique pour affirmer son être propre, sa singularité pour advenir comme "sujet" d'une histoire dont il est le produit. Comment une personne reste-t-elle la même au fil du temps, en dépit des changements qui l'affectent ? John LOCKE au 17éme siècle, est le premier philosophe à poser la question de l'identité personnelle. Selon lui, « *une personne est constituée par la conscience qu'elle a d'elle-même, la mémoire joue un rôle capital dans la préservation de son identité* ».¹³ La conscience de notre propre identité est une donnée

⁹ A. MUCCHIELLI, l'Identité, Edition Presse Universitaire de France, 2002, p127, p12

¹⁰ A. MAALOUF, les identités meurtrières, éditeur LGF, 2001, p192

¹¹ D. LEBRETON, signes d'identité, Editions Métailié, 2002, p225, p216

¹² A. MUCCHIELLI, l'Identité, Edition Presse Universitaire de France, 2002, p127, p120

¹³ J. LOCKE, Essai sur l'entendement humain, livre II, Vrin, 2001 [1690]

première de notre rapport à l'existence et au monde. Elle résulte d'un processus complexe qui lie étroitement la relation à soi et la relation à autrui. C'est aussi un phénomène dynamique qui intervient et évolue tout au long de l'existence. Sentiment de continuité, cohérence et unicité, diversité, réalisation de soi par l'action, estime de soi, conformisme et différenciation : c'est à travers ces grands principes parfois contradictoires que se construit l'identité individuelle. Selon *Carl Rogers*, psychologue humaniste, « *tout individu est unique et en évolution* ».¹⁴

La psychologie culturelle s'interroge sur les rapports entre la construction du sujet et la culture. Elle montre que l'identité de chacun dépend de son environnement social mais aussi de la position qu'il se donne dans une société aux références culturelles multiples. La sociologie à longtemps considéré que l'homme était uniformément façonné par son milieu social. Or, dans nos sociétés, de plus en plus d'individus sont amenés à incorporer des façons différentes de penser et de se comporter : on peut en même temps être ouvrier, aimer le football, apprécier la musique classique, être écologiste. Je pense qu'à l'heure actuelle, avec la mondialisation et la multiplicité des cultures, l'homme pluriel est la règle plutôt que l'exception.

Le droit définit l'identité comme « *l'ensemble des traits ou caractéristiques qui, au regard de l'état civil, permettent de reconnaître une personne et d'établir son individualité au regard de la loi* ».¹⁵ Toute personne a droit à une identité, celle-ci est à la fois singulière et multiple. Le droit différencie l'identité légale (Un nom, un prénom, une nationalité, une date de naissance), de l'identité personnelle. Certains éléments décrivent une personne et permettent de l'identifier avec certitude. Je pense que c'est l'identité personnelle qui permet de définir notre personne. Tout au long de notre vie, des événements choisis ou subis nous façonnent et font de nous ce que nous sommes aujourd'hui. Ainsi, la classe sociale, l'histoire familiale, sportive ou littéraire, la religion, les engagements politiques ou associatifs et le parcours professionnel construisent l'identité. La personnalité est un élément de l'identité personnelle. L'Homme construit son identité au travers des relations avec le groupe auquel il appartient. D'après Hall en 1988, « *l'identité de soi est la relation de soi à soi, mais elle ne concerne pas l'autre par son caractère de notion cachée et du secret. Cette relation appartient au*

¹⁴ C. ROGERS, *Le développement de la personne*, Dunod, 2005, p270

¹⁵ <http://www.cnrtl.fr/definition/identité>.

*monde intérieur de la personne et est en interdépendance avec l'image de soi, l'estime de soi, l'image corporelle et le sentiment de soi ».*¹⁶

Je pense que le soignant doit se servir de l'état civil des personnes soignées pour les identifier de façon administrative¹⁷. En revanche, pour un accompagnant holistique de la personne soignée, toutes les dimensions de son identité doivent être prises en compte. Pour répondre aux besoins et aux attentes des patients, et pour les accompagner au mieux, il faut établir un processus d'identification. Cette tâche est délicate car elle nécessite de connaître les « identités » de la personne que je dois soigner. Pour cela, il est important de mettre le patient au cœur des soins. Cette démarche de recueil de données et de transmissions écrites va concourir à la confection du dossier médical du patient. Ce dernier sera bientôt informatisé et contiendra toutes les données soumises au secret professionnel concernant la personne soignée.

La confidentialité est définie comme « *la propriété d'une information qui n'est ni disponible, ni divulguée aux personnes, entités ou processus non autorisés* ».¹⁸ La direction de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques va plus loin en disant que « *la confidentialité est une des quatre propriétés essentielles qui constituent la sécurité. Elle peut être assurée très diversement (chiffrement, fragmentation, anonymat)* ».¹⁹

Cette confidentialité en lien avec le secret professionnel est primordiale pour un accompagnement global et individualisé de la personne soignée. Ces données administratives, médicales, paramédicales sont soumises au secret professionnel. Le secret professionnel selon l'article R.4312-4 du Code de la Santé Publique, « *couvre tout ce qui a été vu, entendu, compris à l'occasion de l'activité médicale, et l'ensemble des soignants y est tenu* ».²⁰ La relation soignant soigné est basée sur la confiance. Sans secret il n'y aurait pas de confiance, et donc pas de confidences. Je pense qu'il y a donc là un double intérêt, un intérêt privé pour le patient et public pour l'équipe soignante en partageant des informations. Le professionnel de santé est lié par le secret, toute entorse sera sanctionnée par la loi, et brisera le lien de confiance établi avec le patient. Le fondement moral du secret, bien plus ancien que son fondement légal, est le respect de l'intimité de la personne. Il est inhérent au

¹⁶ E. T. HALL, *La dimension cachée*, 1971, Editions du seuil, p254

¹⁷ Instruction N°DGOS/MSIOS/2013/281 du 7 juin 2013 relative à l'utilisation du nom de naissance pour l'identification des patient.

¹⁸ NF ISO 7498-2- Système de traitement de l'information, 1990.

¹⁹ ANAES / Direction de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques / Septembre 2004

²⁰ <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/11/25/AFSH1617652D/jo>

respect de l'homme. En imposant à certaines personnes, sous une sanction pénale, l'obligation du secret comme un devoir de leur état, le législateur a entendu assurer la confiance qui s'impose à l'exercice de certaines professions. Pour la profession médicale, il faut remonter à Hippocrate et son serment. En 1804, avec la parution du code Napoléon ou code civil, on parle de secret professionnel. Dans l'article R. 4311-1 du Code de la santé publique, il est écrit que dans « *l'ensemble de ces activités, les infirmiers et infirmières sont soumis au respect des règles professionnelles et notamment du secret professionnel* ».²¹

Enfin je trouve que l'identité polymorphe des patients me ramène au concept d'altérité : « *Reconnaissance de l'autre dans sa différence qu'elle soit ethnique, sociale, culturelle, religieuse* »²² selon le philosophe Levinas. Le concept d'altérité propose aux soignants d'accueillir tout être humain tel qu'il est sans le réduire à ses représentations ou à des normes préétablies quel que soit son état physique, mental, émotionnel, cognitif, quel que soit son âge, son histoire, sa culture, ses origines, ses croyances, ses opinions. Il convient donc à tous les professionnels de la santé d'accepter et d'accompagner toutes les personnes dans la confidentialité et cela quelle que soit leur identité.

4.1.2 la vigilance et la sécurité

La vigilance est une forme de l'attention d'un individu en train d'accomplir une tâche particulière, elle est définie comme une « *attention soutenue à veiller sur quelqu'un ou quelque chose ; surveillance attentive, sans défaillance.* ».²³ Son attention prend un aspect d'intensité pour solliciter l'ensemble de ses capacités de perception et les concentrer sur le déroulement de la tâche. La vigilance qui se déploie spontanément est un bon indice de motivation dans beaucoup de situations. Je fais ici référence à mon mémoire, on parle de « *vigilance épistémologique* » pour tout chercheur qui s'interroge sur les présupposés théoriques des recherches qu'il mène.

En neurologie, on s'intéresse plus particulièrement aux aspects déficitaires de la vigilance. Le niveau de vigilance peut être évalué par diverses échelles et sert à classifier les altérations de l'état de conscience. La plus connue des échelles d'évaluation de la vigilance est l'échelle de Glasgow, utilisée notamment en neuro-traumatologie pour déterminer la profondeur d'un

²¹ <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000179742&categorieLien=id>

²² E. LEVINAS, *Le Temps et l'Autre*, Montpellier, Fata Morgana, 1980, PUF, 2011

²³ <http://www.cnrtl.fr/definition/vigilance>

coma. En médecine et dans le domaine de la gestion des risques, notamment pour limiter le risque nosocomial, on parle « *de vigilance sanitaire avec un système de veille incluant : biovigilance, hémovigilance, infectiovigilance, matériovigilance, réactovigilance et pharmacovigilance, en s'appuyant sur l'analyse des retours d'expérience, la modélisation des protocoles de gestion des risques* ».²⁴ La vigilance sanitaire a pour but : « *la surveillance des incidents ou des risques liés à l'utilisation des produits de santé ou concernant la santé* ».²⁵

La **sécurité** est une situation qui résulte de l'absence réelle de danger, l'organisation, les conditions matérielles, économiques et politiques sont propres à créer un tel climat. C'est un état dans lequel le risque de dommages est limité mais pas l'absence d'exposition au risque.

Nous pouvons résumer en disant que la sécurité est un ensemble des dispositions de sûreté et des dispositions de lutte contre les erreurs. La sécurité est un droit des patients confirmé par la loi n°98-535 du 1^{er} juillet 1998²⁶, relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle des produits destinés à l'homme. Le dispositif des vigilances est destiné à garantir la sécurité sanitaire, complété par la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » ; il a pour mission de surveiller et d'évaluer les événements indésirables, les risques ou effets secondaires liés aux produits de santé et aux activités à risques (anesthésie, chirurgie). Le dispositif s'étend hors du périmètre des soins avec l'alimentation hospitalière, la sécurisation de l'environnement et du personnel. La loi 2002-303 du 4 mars 2002²⁷ relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé impose à tout professionnel de santé le signalement des événements indésirables. « (...) *Le soin représente la première mission de tout établissement de soins, on fait des soins, on agit avec soin...* ». Quel que soit le lieu dans l'hôpital, le personnel doit prodiguer des soins de qualité et en toute sécurité. Il est dit « *qu'enseigner, c'est répéter* ». c'est exactement pareil pour la sécurité des soins.

²⁴ N JEZEQUEL, JL. RAYMOND, Risques et vigilances sanitaires, Les Etudes Hospitalières Editions, 2002, p 335

²⁵ <http://www.gouvernement.fr/risques/risques-sanitaires>

²⁶ Loi n°98-535 du 1er juillet 1998

²⁷ Loi 2002-303 du 4 mars 2002

4.1.3 Les risques et la traçabilité

Le risque est « *un danger éventuel, plus ou moins prévisible, inhérent à une situation ou à une activité* »²⁸, selon la définition du Centre National de Ressources Textuelles et lexicales. D'un point de vue sanitaire c'est la probabilité qu'une personne subisse un préjudice ou des effets nocifs pour sa santé en cas d'exposition à un danger. Pour la Haute Autorité de Santé (HAS) c'est « *une situation non souhaitée ayant des conséquences négatives, résultant de la survenue d'un ou plusieurs événements dont l'occurrence est incertaine* ». Ces risques existent et produisent des incidents et des accidents de gravité variable dans tous les établissements de santé. Ils correspondent à une prescription au mauvais patient, une erreur d'administration de médicament, une erreur de groupage sanguin, une fiche d'anesthésie erronée, une erreur chirurgicale, une erreur diagnostique, etc. Le risque est en lien avec l'Evénement Indésirable (EI). L'HAS existe depuis 2005 en remplacement de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) et est définie comme « *une autorité publique indépendante à caractère scientifique dotée de la personnalité morale* ».²⁹ Elle a pour rôle d'accréditer les établissements de santé et certains praticiens médicaux, de définir des recommandations sur les bonnes pratiques cliniques, de vérifier la légitimité des remboursements de médicaments ou soins médicaux et de maîtriser les dépenses de santé en France. L'HAS définissait en 2003, l'événement indésirable comme « *toute situation qui s'écarte de procédure ou de résultats escomptés dans une situation habituelle, et qui est ou qui serait potentiellement source de dommages* ».³⁰ Les événements indésirables sont dits « associés aux soins » lorsqu'ils surviennent chez un patient lors de la réalisation d'un acte de prévention, d'une investigation, ou d'un traitement selon le décret relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé n°2010-1408 du 12 novembre 2010³¹. D'autres événements indésirables sont dits « évitables » : ils ne seraient pas survenus si les soins ou leur environnement avaient été conforme à la prise en charge considérée comme satisfaisante. Enfin, les Evénements Indésirables Graves (EIG) selon la directive 2000/38/CE relative à la pharmacovigilance, « *sont des événements à l'origine du décès, de la mise en jeu du pronostic vital immédiat, de la prolongation de l'hospitalisation, d'une incapacité ou d'un handicap* ».³²

²⁸ <http://www.cnrtl.fr/definition/risque>

²⁹ http://www.has-sante.fr/portail/jcms/fc_1249603/fr/accreditation-certification

³⁰ www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/eias

³¹ <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2010/11/12/2010-1408/jo/texte>

³² La directive 2000/38/CE relative à la pharmacovigilance

Je pense que progressivement, la déclaration d'événement indésirable entre dans une culture positive de l'erreur mise en œuvre par les politiques de sécurité des établissements de soins et des structures médico-sociales. Sur le terrain, le travail en équipe pluridisciplinaire unissant la coopération et la collaboration impulse et met en œuvre des procédures en recherchant des solutions adéquates selon les événements signalés et analysés, mais aussi selon le profil des patients et du service concerné. Je rappelle ici un des principes de l'éthique médicale, le principe de non-malfaisance, « *preimum non nocere* », en premier ne pas nuire. Je pense qu'agir dans le but de ne pas nuire à la personne soignée est un des fondements du métier d'infirmier. Le devoir de non-malfaisance vise, non seulement le tort clinique mais toute forme de tort, qu'il provienne de l'ignorance inavouée, d'une intention ou d'une négligence, qu'il soit physique, psychologique ou social.

La traçabilité

L'identification est « *une opération qui consiste à attribuer un identifiant ou à retrouver un ou plusieurs identifiants à partir des caractéristiques (nom, prénom, sexe, date de naissance, etc.) d'un patient afin de retrouver les informations liées à ce patient.* »³³ Comme le souligne Michèle GUILMEICHEIN-BONNET³⁴, « *à l'heure actuelle le mot traçabilité ne figure dans aucun dictionnaire de la langue française* ». En effet, « *la langue a toujours une certaine avance sur les dictionnaires qui attendent que les mots s'y soient implantés avant de les ajouter à leur nomenclature* ». Le mot traçabilité est récent, il est apparu après le problème de santé publique lié à la vache folle et les dictionnaires de la langue française sont antérieurs à ce phénomène. Il existe néanmoins un texte législatif qui définit la traçabilité comme " *la capacité de retracer, à travers toutes les étapes de la production, de la transformation et de la distribution, le cheminement d'une denrée alimentaire, d'un aliment pour animaux [...]. D'une manière générale, la traçabilité sert plusieurs objectifs, qu'il s'agisse de la sécurité alimentaire, de la loyauté des informations délivrées entre opérateurs économiques ou aux consommateurs* »³⁵. Dans un cadre professionnel soignant et pour M DABRION, la

³³ GMSIH ; Accompagnement à la rédaction de la politique d'identification des établissements de santé ; Octobre 2007

³⁴ C. PAILLARD « Dictionnaire des concepts en soins infirmiers ». 3ème éditions SETES éditions, 2016

³⁵ agriculture.gouv.fr/sites/minagri/files/documents/dgaln20058026z.pdf

traçabilité est « *la mise en place du suivi de ce qui a été réalisé auprès d'un patient depuis son arrivée jusqu'à sa sortie de la structure* ».³⁶

L'HAS nous dit que « *la traçabilité des actes et la transmission, en temps opportun, des informations reposent sur une organisation adaptée du dossier du patient.* »³⁷Tous les soignants que j'ai interrogé, tracent le consentement ou le refus du port du bracelet dans le dossier de la personne soignée.³⁸

4.2 Les facteurs de risques de l'identitovigilance

L'identitovigilance est une problématique pour laquelle est réalisée une analyse des causes à posteriori avec la mise en place d'un système de signalement des événements avérés mais aussi des situations à risques (récupération). L'analyse des signalements permet l'amélioration du processus d'identification grâce notamment aux retours d'expériences sur les événements critiques. Tous les cas sont différents car chaque établissement est une combinaison d'outils et de facteurs humains, structurels et organisationnels.

L'accueil est un acte banal de la vie quotidienne, il permet de rentrer en relation avec la personne que l'on a en face de soi. Il me parait intéressant de définir ce qu'est un accueil : « *manière de se comporter avec une personne à son arrivée, mais aussi organisation sous-jacente qui permet d'assurer cet accueil et de préparer la personne à son séjour dans l'institution (pour un stage, une hospitalisation, une intervention chirurgicale...) : il s'agit de lui présenter les différents intervenants et de lui expliquer les fonctionnements, les règles de vie, de ressources, etc...de l'établissement. Plus que l'admission, action purement administrative, l'accueil est une mise en condition ; les soignants doivent faire preuve de valeurs humaines* ».³⁹J'en déduis que l'accueil est un moment important et j'ai été amené à le constater à chaque nouveau lieu de stage pendant ma formation d'infirmier.

³⁶ M. DABRION, UE 3.2 et 3.3, Projet de soins infirmiers, Rôle infirmier, organisation du travail et interdisciplinarité, Edition DEBOECK ESTERM, 2013, 398 p

³⁷ http://www.has-sante.fr/portail/upload/..._2004.pdf. Référence 34

³⁸ Cf. annexe II, grille d'analyse n°1

³⁹ M. POTIER, Dictionnaire encyclopédique de l'infirmière, Lamarre, 2002, 363p, p5

L'identification pendant l'accueil est un soin à part entière dans la prise en charge d'un patient. Un soin se définit comme : « *action ou ensemble d'actions qu'une personne accomplit pour se soigner ou soigner autrui* »⁴⁰. Pour Hildegard E. PELPAU, « *les soins infirmiers constituent une démarche interpersonnelle et souvent thérapeutique qui comprend des actions qui requièrent la participation de deux personnes ou plus, personnes qui tirent parfois profit de telles interactions* »⁴¹. Elle explique qu'il existe quatre étapes dans la relation infirmier-patient : « *l'orientation (le soignant et le soigné sont deux étrangers l'un pour l'autre [mais l'infirmier devient] une personne ressource, conseiller, assistant psychosocial, substitut paternel ou maternel...), l'identification (le patient identifie l'infirmier comme étant la personne la plus à même de diminuer l'insécurité... cet infirmier a [donc] pour mission de permettre l'expression émotionnelle du patient...). [Ensuite, vient] l'exploitation (après s'être identifié à un infirmier qui sait reconnaître et comprendre les relations interpersonnelles en jeu dans la situation,..., il va tenter de diverses manières de tirer le meilleur parti de sa relation avec l'infirmier et d'exploiter pour son intérêt et ses besoins personnels tous les biens et services mis à sa disposition), [puis] la résolution (il se libère progressivement de l'identification aux personnes qui l'ont aidé, et restaure ses capacités d'autonomie).* »⁴². Selon Walter HESBEEN, le soin c'est « *Porter une attention particulière à une personne qui vit une situation qui lui est particulière et ce dans une perspective de lui venir en aide, de contribuer à son bien-être, à sa santé* ». ⁴³ Je pense que l'identification est un soin primordial pour prendre contact avec la personne soignée et établir une relation de confiance avec elle. Le président de la cellule identitovigilance m'a informé de la présence d'une note d'information sur l'identification pour les usagers dans le livret d'accueil du patient.⁴⁴

⁴⁰ Dictionnaire des SOINS INFIRMIERS et de la profession infirmière, 2005, AMIEC Recherche, Masson Editeur, p 257

⁴¹ H.E. PELPAU, 1952 Relations Interpersonnelles en soins infirmiers (Extraits). Disponibles sur internet : <http://www.sideralsante.fr/bibliotheque/pelpau.pdf>

⁴² H.E PELPAU., 1952 Relations Interpersonnelles en soins infirmiers (Extraits). Disponibles sur internet : <http://www.sideralsante.fr/bibliotheque/pelpau.pdf>

⁴³ W. HESBEEN, 1997, prendre soin à l'hôpital, Editions Masson, Paris, p 8

⁴⁴ Annexe I, document n°3

4.2.1 Les facteurs associés au soignant

Les soins infirmiers sont de nature technique et relationnelle, et face aux besoins croissants de l'activité médicale, il faut bien reconnaître que les capacités humaines n'ont guère évolué en matière de résistance physique. Le problème du maintien de la vigilance se pose de façon cruciale chaque fois que l'on demande à l'infirmier d'effectuer des tâches difficiles, pendant des temps très longs, ou à des moments de la journée et de la nuit où ses capacités sont réduites. En effet, les performances humaines sont fluctuantes car elles dépendent des modifications de la vigilance et des capacités attentionnelles de l'individu. Dans certains cas, les conséquences de l'erreur ou de la non-détection d'informations pertinentes peuvent être très graves. Sont citées régulièrement diverses catastrophes industrielles qui se sont produites au cours de la nuit, moment où la baisse des capacités humaines a pu jouer un rôle aggravant, si ce n'est déclenchant, dans la cascade d'erreurs relevées *a posteriori*. Les sources d'erreurs d'identité sont nombreuses, mauvaise orthographe, homonymie, confusion avec le nom marital. Le risque d'administrer à un patient le traitement destiné à un autre est d'autant plus grand que le malade ne peut confirmer lui-même son état civil. Je pense aussi aux dangers de l'habitude et à la résistance au changement qui se définit comme : « *le mécanisme psychologique et psychosociologique qui fait que les individus développent une anxiété, voire une angoisse devant toute nouveauté intervenant dans leur vie quotidienne. La résistance au changement peut être appréhendée comme un mécanisme de défense contre l'innovation et la créativité* ».⁴⁵ Il est vrai que certains professionnels sont réfractaires à tout changement, préférant leur mode opératoire ou leur technique. Avec la diminution de la durée de séjour, les entrées et sorties se succèdent, le rythme s'accélère, le risque est de baisser sa vigilance et de shunter des vérifications.

Les infirmiers évoquent des difficultés générales d'exercice avec la durée du service, des contraintes liées aux conditions d'exercice normal de cette profession à savoir le respect des règles d'hygiène, de confidentialité, l'encadrement des autres professionnels (aides-soignants, brancardiers, étudiants, stagiaires), et l'importance de la prise charge de l'humain. Les difficultés spécifiques du métier d'infirmier ne permettent pas de conclure que toutes les erreurs sont excusables et non fautives. Dans un article de recherche, les causes immédiates

⁴⁵ A Aït ABDELMALEK JL GERARD, Sciences humaines et soins, Manuel à l'usage des professionnels des santé, 2^{ème} édition Masson 2001 page 358

d'erreurs d'identification liées au personnel sont de 95% sur les 55 erreurs d'identité associées aux soins.⁴⁶

4.2.2 Les facteurs associés au patient

Le patient, toujours selon l'article du projet régional aquitain PERILS réalisé dans trente-sept établissements de santé, est responsable à hauteur de 56% des causes immédiates d'erreurs d'identités sur les 55 analysées. Si le patient est dans l'incapacité de décliner son identité, comment l'identifier ? Cela peut concerter des patients atteints de troubles de la conscience, cognitifs, comportementaux, de handicaps sensoriels. Cette problématique touche aussi les patients migrants, très majoritairement en grande précarité. Parfois pour accéder aux soins, cette précarité peut s'illustrer par une usurpation d'identité, via la carte vitale. La vérification auprès de l'enfant est encore plus délicate voire simplement impossible, selon l'âge de l'enfant, son degré d'autonomie et de communication. Il faut alors développer une relation avec les parents et leur demander d'identifier leur enfant. Dans ma deuxième situation de stage, je rappelle la difficulté à identifier les nouveau-nés. Je pense que l'infirmier doit établir une relation préventive et éducative avec les parents. Le mode opératoire pour les patients hospitalisés en psychiatrie est différent, une autorisation médicale est nécessaire pour la pose du bracelet d'identification. Et la réglementation impose le port du bracelet pour la réalisation d'examens médicaux externes selon le président de la cellule d'identitovigilance.⁴⁷

4.2.3 Les facteurs associés à l'équipe

L'équipe est une association d'individus dans un contexte professionnel, visant à répondre à l'objectif posé par l'organisation. L'infirmier ne travaille pas seul mais en équipe. Cela induit une nécessaire collaboration avec les autres professionnels de santé, dont les aides-soignants et les agents administratifs. L'article R. 4311-4 du code de la santé publique définit le travail en équipe comme « *la représentation de toutes les activités qui nécessitent une coordination entre les personnes constituant l'équipe* »⁴⁸. Roger MUCCHIELLI, psycho-sociologue, le

⁴⁶ C. LOONIS, J.L. QUENON, f. DELAPERCHE, P. OCCELLI, Erreurs d'identité associées aux soins : analyse approfondie des causes de 55 cas en Aquitaine, Projet régional aquitain PERILS, 2011

⁴⁷ Cf., annexe II, entretien n°5

⁴⁸ <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006913891>.

définit comme une « *entité renforcée par le désir de collaborer au travail collectif en s'efforçant d'en assurer le succès* »⁴⁹. La coopération est aussi très importante dans le métier d'infirmier. Philippe ZARIFIAN disait d'elle que « *Pour l'essentiel, la coopération repose sur une meilleure coordination (= ordonner ensemble) des actes de travail (...) Il s'agit bel et bien de travailler ensemble, et pas seulement de coordonner des travaux séparés. Et travailler ensemble, dans les conditions modernes de production* ».⁵⁰ Selon des recommandations canadiennes, le travail d'équipe se définit comme « *un groupe de personnes, interdépendantes dans leurs tâches, partageant la responsabilité des résultats, qui se perçoivent et qui sont perçues comme une seule entité, imbriquée dans un plus grand système social et dont les relations s'articulent autour de frontières organisationnelles.* »⁵¹

Le travail en équipe pluridisciplinaire est réconfortant, il sous-tend plusieurs vérifications. L'attention est facilitée par le travail en binôme par exemple. La collaboration vise à renforcer la sécurité des patients comme l'explique l'infirmier n°3 des urgences.⁵² La multiplicité des intervenants, garante d'une prise en charge collégiale, exige une coopération optimale et une vigilance accrue concernant les transmissions des données. Par ailleurs, la multitude des thérapeutiques et la différence entre la Dénomination Commune International (DCI) et les principes des médicaments peuvent être la source d'une erreur d'identification.

4.2.4 Les facteurs associés aux tâches

En ce qui concerne les tâches à accomplir, l'absence de règles de vérification d'identité des patients et l'absence de signalement des homonymes sont délétères. L'identitovigilance est un des verrous garantissant la sécurité des soins à l'hôpital. Le transport interne des patients d'un service à l'autre est un maillon à risque de ce processus. D'où la nécessité de respecter les barrières mises en place pour limiter les erreurs et de former les brancardiers, les ambulanciers, les pompiers. La prescription médicale et l'administration médicamenteuse sont des étapes importantes nécessitant la vérification de l'identité du patient.

⁴⁹ R. MUCCHIELLI, *La dynamique des groupes* éditions ESF, 2007

⁵⁰ P. ZAFIRIAN, *Le travail et l'événement*, Le Harmattan, 1995.

⁵¹ S. G. Cohen, D. R. Bailey, 1997 dans Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. Juin

2006. cssstemiscouata.com/images_up/pdf/Le_travail_d'équipe.pdf

⁵² Cf. annexe II, entretien n°3

4.2.5 Les facteurs associés à l'environnement

Les plateaux techniques interventionnels constituent dans le parcours des patients hospitalisés, un point central propice aux développements de l'identitovigilance. En effet, la culture de gestion des risques de par la nature invasive des actes réalisés, y est ancienne. Les blocs opératoires ont dû mettre en place la check-list.

4.2.6 Les facteurs associés à l'organisation et l'institution

Liées au contexte organisationnel, la rotation rapide des personnels et les changements fréquents d'équipe ne permettent pas une appropriation durable des règles de bonnes pratiques en matière d'identitovigilance. Le contexte institutionnel peut manquer avec une absence de politique d'identification des patients dans l'établissement de santé.

L'informatisation du processus de soin est désormais acquise dans de nombreux établissements de santé avec son processus de prescription, dispensation, administration.

L'étape suivante est la généralisation du Dossier Patient Informatisé (DPI) dans toutes ses composantes : dossiers de spécialité, en particulier le dossier anesthésie et transfusionnel, observations médicales, résultats biologiques et radiologiques, courriers et documents divers. Les limites du papier sont atteintes avec parfois un dossier mal structuré, mal classé, illisible, introuvable ou difficile d'accès en raison d'un archivage externalisé. Le DPI permet un accès à l'information avec ses codes d'accès sécurisés, depuis n'importe quel poste informatique de l'établissement, parfois même de son domicile pour des accès spécialisés comme le service de greffe rénale par exemple. S'il est complet, le DPI affiche les observations médicales avec antécédents et allergies, les prescriptions, le plan de soins infirmiers avec validation des administrations, les transmissions ciblées, d'autre données administratives, médicales, paramédicales, toutes soumises au secret professionnel.

Dans les établissements de santé, l'identitovigilance est une obligation parce que les erreurs d'identité à l'hôpital sont sources d'événements indésirables graves. En plus des conséquences humaines, ces événements indésirables graves pèsent sur le coût/efficacité des soins des patients et augmentent les dépenses publiques de santé.

4.3 Les enjeux de l'identitovigilance et le rôle infirmier

L'enjeu de l'identitovigilance dans le rôle infirmier est d'induire une synergie entre tous les acteurs et faire que chacun s'approprie la démarche d'identification.

4.3.1 La gestion des risques

La maîtrise des risques dans le domaine de la santé et la sécurité du patient détermine la qualité d'un établissement de santé. Selon l'HAS, « *la gestion des risques est une démarche essentielle pour améliorer la qualité et la sécurité des soins en établissement de santé* ».⁵³

La norme ISO 8402 nous en dit plus, la gestion des risques est « *un effort organisé pour identifier, évaluer et réduire, chaque fois que possible les risques encourus par les patients, les visiteurs et le personnel. C'est un processus régulier, continu et coordonné, intégré à l'ensemble de l'organisation, qui permet l'identification, le contrôle, l'évaluation des risques et des situations à risques qui ont causé ou auraient pu causer des dommages aux patients, aux visiteurs, aux professionnels, aux biens de l'établissement*.⁵⁴ »

Une démarche de gestion des risques se divise en cinq étapes. 1 : Identification avec le recueil des événements. 2 : Analyse systémique, qui recherche l'ensemble des causes humaines, matérielles, contextuelles et organisationnelles selon le modèle de J. REASON.⁵⁵ 3 : Mises en œuvre de mesures préventives ou correctives avec des plans d'action pour améliorer la situation. 4 : Communication, essentielle avec l'adhésion de tous les acteurs impliqués. 5 : Organisation du suivi et son évaluation.⁵⁶

La mise en œuvre de mesures préventives se fait par le biais de barrières. Une barrière est un élément défini pour sécuriser un processus de soin : ce peut-être un élément technique (matériel), humain (contrôle), organisationnel (procédure). Un évènement indésirable

⁵³ http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1023330/fr/la-gestion-des-risques-dans-la-certification-des-établissements-de-santé

⁵⁴ Norme ISO 8402 section 3.16 de 1994

⁵⁵ J. REASON, Human error, 1990

⁵⁶ Cours IFSI 2ème année UE 4.5 Soins infirmiers et Gestion des risques Cécile LOONIS Mercredi 10 février 2016

lorsqu'il survient révèle souvent des défaillances des barrières de sécurité. Il s'agit tout autant d'analyser les barrières défaillantes que les barrières ayant été efficaces. Cette analyse associée à la compréhension des causes permet de définir des solutions réalistes pour améliorer la sécurité.⁵⁷

Je présente ici des outils utilisés dans la gestion des risques liés à l'identitovigilance. Le **bracelet d'identification** est une pratique de plus en plus utilisée qui semble permettre d'améliorer la maîtrise du risque mais peut s'opposer à des considérations éthiques. La généralisation du bracelet d'identification à tous les patients hospitalisés n'est-elle pas une obéissance au principe de précaution poussé à l'extrême, qui peut avoir des effets défavorables et être ressentie comme une stigmatisation. Un sondage sur 117 personnes réalisé en septembre 2005 sur le port du bracelet d'identification montre que 94 % des patients ont répondu positivement pour 6 % de réponses négatives.⁵⁸ Mais dans la situation d'identification du patient dans les établissements de santé, la pose du bracelet d'identité peut être ressentie comme un étiquetage, une stigmatisation. Cette stigmatisation est le résultat d'autrui en l'occurrence des professionnels de la santé qui posent le bracelet. Pour gommer cette singularité, le patient peut essayer de faire disparaître ce stigmate en enlevant son bracelet. Le bracelet n'a pas toujours eu une bonne image, notamment auprès des professionnels, qui craignaient son aspect déshumanisant pour la relation soignant/soigné. Néanmoins, je pense qu'il doit être assimilé à un geste de soin et même le premier geste de soin. Le bracelet susciterait une charge de travail supplémentaire pour certain et un bénéfice limité pour d'autres car régulièrement retiré pour positionner une voie d'abord veineuse par exemple ou par confort. A cela s'ajoute une numérotation des patients et la présence d'un code barre, autant d'éléments qui interrogent l'éthique des professionnels et inquiètent les personnes soignées. Je pense que l'accueil et l'identification, aussi banales soient-elles, sont des expériences difficiles avec des répercussions comportementales pour les personnes soignées. Le patient entre dans un monde inconnu, possiblement effrayant, au minimum anxiogène propre à susciter des fantasmes et représentations. Les circonstances de son

⁵⁷ http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1239410/fr/mettre-en-oeuvre-la-gestion-des-risques-associes-aux-soins-en-établissement-de-santé?xtmc=&xtcr=3

⁵⁸ H. DELMOTTE, Vers une meilleure identification des patients, histoire d'un bracelet, Revue de l'infirmière, Sept 2005, N°113

accueil, ces premiers contacts, la mise en confiance, peuvent être déterminants sur ses comportements et ressentis. C'est pourquoi il est indispensable de développer une prise en charge conviviale, optimale et humaine pour le patient et son entourage dans cette période critique.

Concernant la formation des soignants, un temps suffisant doit être consacré à cette information afin que la pose du bracelet d'identification n'apparaisse pas aux personnes soignées comme une mesure répondant à des préoccupations strictement administratives et, en quelque sorte, privées d'humanité. Il est important de rappeler que l'information donnée doit être loyale, claire, compréhensible, adaptée à la compréhension du patient et répétée si nécessaire, lors du recueil du consentement. Cela rejoint les dires de l'infirmière n°2 : « *Non, après c'est comme pour tout il faut l'expliquer à partir du moment qu'on l'explique les gens comprennent* ».⁵⁹ Et l'infirmier n°3 va plus loin : « *Ici les gens ils sont en tenue de ville et on leur met une chemise de l'hôpital c'est plus stigmatisant que d'avoir un bracelet autour du poignet* ».⁶⁰ Je pense comme lui, certaines pratiques hospitalières sont plus stigmatisantes que le port du bracelet d'identification.

Des outils pédagogiques de prévention des accidents liés aux soins ont été développés. La **règle des 5 B** signifie administrer au **Bon** patient, le **Bon** médicament, à la **Bonne** dose, sur la **Bonne** voie et au **Bon** moment, Selon la Direction Générale de l'Offre des Soins (DGOS).⁶¹

La **check-list**⁶² a été mise en place dans tous les blocs opératoires depuis le premier janvier 2010 pour optimiser la sécurité chirurgicale. Le manuel de certification des établissements de santé V2010 et plus particulièrement le critère (26.a) oblige à la vérification de différents points avant l'anesthésie, avant le début de l'intervention et avant la sortie de salle d'opération. Ce sont les trois étapes importantes d'une intervention chirurgicale : avant l'induction afin de limiter les risques d'erreur d'identité, de côté, d'allergies, de respect du jeûne, avant l'intervention avec une vérification ultime croisée au sein de l'équipe chirurgicale et anesthésique, après l'intervention et avant la sortie de salle avec une vérification afin d'éviter l'oubli de matériel et de communiquer sur les incidents éventuels.

⁵⁹ Cf. annexe : Entretien n°2 Ide n°2.

⁶⁰ Cf. annexe : Entretien n°3 Ide n°3

⁶¹ <http://www.has-sante.fr/guide/SITE/5B.htm>

⁶² Modèle de check-list en annexe I, document n°2

L'infirmière qui travaille au bloc : « *on lui fait répondre aux questions simplement on a une check-list...* ».⁶³ j'en déduis que cela facilite son travail d'identification d'avoir un support. Comme pour le contrôle ultime pré transfusionnel (CUPT)⁶⁴, l'infirmier doit réaliser l'application d'un mode opératoire. Il doit vérifier la concordance de tous les documents en lien avec l'identité du patient. Tous ces outils et d'autres comme la chambre des erreurs ou la semaine de la sécurité des patients, font partie intégrante de la gestion des risques.

4.3.2 La qualité et la continuité des soins

La qualité de soin est une notion abordée durant mes entretiens. La qualité de soin permet au patient de recevoir des soins les plus adaptés en matière de résultat pour sa santé. Le soignant doit s'assurer de prodiguer des soins qui ne comportent peu de risque pour la santé du patient. Selon le Conseil International des Infirmières, « *la qualité des soins infirmiers est le degré de conformité des soins donnés par le personnel infirmier, à des normes fixées d'avance. La norme correspond à des niveaux à atteindre.* »⁶⁵ Pour permettre d'accéder à la qualité de soin, le soignant doit prendre en compte la singularité du patient. En effet : « *les soins de qualité sont centrés sur les patients, ils sont personnalisés* ».⁶⁶ Le Code de la Santé Publique, notifie que les soins infirmiers « *intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci...* ».⁶⁷ Art. R. 4311-2. Comme le dit le Code de la Santé Publique « *dans le respect des droits de la personne* », j'inclus la notion de respect dans le concept de qualité de soin. Pour accéder à une qualité des soins, il faut respecter la personne que nous avons en face de nous. Selon mes valeurs professionnelles, le respect est primordial. Nous devons, en tant que soignant, respecter les choix du patients quant à sa prise de décision sur sa santé.. La démarche qualitative du soignant permettra de mener une relation soignant-soigné de qualité.

⁶³ Cf. annexe : Entretien n°2 Ide n°2

⁶⁴ Circulaire du 15 janvier 2003 relative à la réalisation de l'acte transfusionnel, <http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2004/04-02/a0020109.htm>

⁶⁵ Conseil International des Infirmières, « Les concepts en sciences infirmières » Édition Mallet Conseil p257.

⁶⁶ M. FORMARIER et L. JOVIC, Les concepts en sciences infirmières, 2ème édition, ARSI M. Mallet Conseil.

Page 258, Qualité des soins

⁶⁷ <https://www.legifrance.gouv.fr/> Art. R. 4311-2

Dans un document caractéristique des niveaux de qualité des soins, F. ROTTER et M. KAHOAH identifient quatre niveaux de qualité : les soins dangereux, sûrs, de qualité et optimaux.⁶⁸

Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins sont développés par la HAS, avec les professionnels, des indicateurs de qualité et de sécurité des soins, utilisés par les établissements comme outils d'amélioration de la qualité. Le Ministère chargé de la santé, depuis 2008, est engagé dans la mise en œuvre du recueil de ces indicateurs par une démarche qualité définie comme un : « *ensemble des actions que mène l'établissement pour développer la satisfaction de ses clients* ».⁶⁹

L'accompagnement est aujourd'hui une notion centrale de l'idée que les infirmières et infirmiers se font de leur métier, mais que recouvre ce mot ?

De manière générale, le concept de l'accompagnement « *serait aller avec...Partir de l'autre et pas de soi ...Aller avec* » évoque un professionnel qui se déporte sur le chemin de l'autre. Il est là, présent, permettant qu'un autre traverse l'épreuve, le moment, l'événement. »⁷⁰

Dans ce cadre et afin d'établir une continuité des soins dans l'accompagnement du soigné, que je me suis penché sur le terme « accompagnement ». Le dénominateur commun est bien la relation à l'autre : relation soignant/soigné. Accompagner, c'est être le témoin solidaire du cheminement d'un autre. Et il introduit immédiatement dans les éléments de réflexion le concept d'altérité : « *Pour comprendre l'accompagnement, il faut avoir accepté l'altérité : l'autre est radicalement différent de nous, bien que semblable...* ».⁷¹

Françoise Dolto disait « *Tout groupe humain prend sa richesse dans la communication, l'entraide et la solidarité visant à un but commun : l'épanouissement de chacun dans le respect des différences* ». Ainsi toute la complexité de l'accompagnement est à la fois d'encadrer, d'être contenant, tout en privilégiant au maximum l'autonomie de la personne que l'on accompagne.

⁶⁸ https://www.cairn.info/load_pdf.php?download=1&ID_ARTICLE=ARSI...01...

⁶⁹ ANAES / Direction de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques / Septembre 2004

⁷⁰ M. CIFALI, A. ANDRE, Ecrire une expérience, vers une reconnaissance des pratiques professionnelles, PUF, 2007, tiré de M. FORMARIER et L. JOVIC, Les concepts en sciences infirmières, 2ème édition, ARSI M. Mallet Conseil. Page 42.

⁷¹ P. Gaurier, De l'accompagnement du soigné au soignant, Edition du Losange 2011, 246 pages

La continuité des soins :

La continuité des soins est définie comme « *le caractère de la prise en charge des soins dont la permanence et la cohérence reposent sur l'action concertée des différentes personnes qui participent au projet de soin* »⁷². La note qui enrichit la définition signale que « *la continuité des soins suppose l'existence d'un système d'information, de communication et d'organisation.* » La continuité des soins ne se conçoit pas sans la définition d'un projet de soins et de la nécessaire cohérence et coordination des intervenants. Mais continuité des soins ne veut pas dire absence de changements. La continuité veut dire absence de rupture, « *si un projet de prise en charge change, c'est toujours en lien, en tenant compte du projet précédent...* ». L'article R. 4312-12 du code de déontologie stipule : « *Dès lors qu'il a accepté d'effectuer des soins, l'infirmier est tenu d'en assurer la continuité.* » et ajoute « *Si l'infirmier se trouve dans l'obligation d'interrompre ou décide de ne pas effectuer des soins, il doit, sous réserve de ne pas nuire au patient, lui en expliquer les raisons, l'orienter vers un confrère ou une structure adaptée et transmettre les informations utiles à la poursuite des soins.* »⁷³

La continuité est le résultat, dans le temps, du bon accès des patients aux soins, des bonnes relations personnelles avec les intervenants, de la bonne circulation et de la reprise de l'information entre les intervenants et entre les établissements. La bonne coordination des soins entre intervenants permet de maintenir la cohérence des soins. Je pense que la continuité est le produit d'une relation patient-soignant stable, de l'utilisation pertinente de l'information sur les soins antérieurs et d'une application cohérente de stratégies pour gérer les problèmes de santé.

Les caractéristiques de la continuité axées tant sur la personne que sur la maladie sont importantes pour qu'il ressente qu'on s'occupe bien de lui dans le temps. La réalisation de la continuité est un processus actif dans lequel patients et intervenants ont leur rôle à jouer. La continuité des soins permet d'assurer dans la durée, le suivi des problèmes de santé d'un patient, sans rompre la chaîne des soins et en s'assurant du transfert interdisciplinaire des données le concernant. J'en déduis que la continuité des soins est devenue un critère de qualité essentiel pour la santé des patients et les établissements de santé.

⁷² Le dictionnaire des soins infirmiers du Groupe AMIEC Recherche, Elsevier Masson, 2005, 368 p

⁷³ Art. R. 4312-12. du Décret n° 2016-1605 du 25 novembre 2016 portant code de déontologie des infirmiers.

L'avenir de l'identitovigilance est à envisager avec le développement de nouveaux outils permis par les progrès technologiques. Des solutions biométriques sont proposées, avec la reconnaissance de la main ou des empreintes digitales, la reconnaissance de la rétine ou de l'iris, et pour finir la reconnaissance du visage du patient. Pour trois des soignants interrogés, l'identification dans le futur se fera avec des puces ou des tatouages. L'avenir nous le dira.

5. La problématisation

L'hypothèse était un rôle infirmier primordial dans les processus d'identification du patient, et donc une des clés pour diminuer le nombre d'événements indésirables. Les infirmiers ne sont pas les seuls concernés. L'identitovigilance repose en réalité sur un système de barrières multiples pour éviter l'erreur. Chacun, dans l'établissement de santé, doit avoir conscience de l'enjeu et de l'influence de ses propres actions. Les brancardiers, les manipulateurs radiologiques, les infirmiers spécialisés, chacun à leur niveau, doivent acquérir de façon réflexe la pratique de l'identitovigilance, elle concerne l'ensemble des intervenants. Il faut aussi encourager les équipes à signaler les erreurs d'identité ou les situations d'erreurs qui ont failli se produire pour en analyser les causes. Une politique de gestion des risques avec cette analyse des causes fait émerger des solutions d'amélioration. Cette efficacité concrète perçue par les équipes est le meilleur atout pour les convaincre du bien-fondé de la démarche d'identitovigilance. La maladie de la personne affecte son corps, son esprit, le confronte à l'angoisse de mort, à la douleur et l'interroge sur son identité. Il est important que la personne participe pleinement à son identification. Le soignant pourra dès lors collecter plus facilement les informations demandées. La participation active du patient est aussi une manière pour lui d'exister, de mieux comprendre ce qui lui arrive avec les enjeux de sa prise en charge et l'image qu'il a de sa maladie. En un mot être acteur de son soin.

L'identitovigilance est une technique d'identification qui a pour but de réduire les événements indésirables et les accidents de gravité variable, tels que les erreurs médicales, médicamenteuses ou chirurgicales. Lors de toutes les activités des soignants, médicales et paramédicales, lors de la réalisation des examens complémentaires, et à chaque transfert du patient, l'identitovigilance est un prérequis indispensable pour garantir la sécurité des soins. L'identitovigilance est une culture à développer dans la gestion des risques pour tous les établissements de santé tant au niveau national qu'international.

En France, la sécurité est un droit du patient, à toutes les étapes de son parcours de soin. La personne soignée doit être correctement identifiée et sécurisée pour garantir la délivrance du bon soin au bon patient. Cependant, lors de mes stages, j'ai pu constater des disparités dans la gestion de l'identification des personnes soignées et dans l'utilisation du bracelet d'identification. Ces différences de pratiques d'identification sont inhérentes à la typologie des services, des patients mais aussi des professionnels de santé, certains d'entre eux

estiment la démarche systématique d'identification stigmatisante. Ma question de départ découle de ce constat : Quels sont les facteurs et les enjeux de l'identitovigilance ?

Lors de mes recherches théoriques, j'ai appréhendé des concepts importants tels qu'identité, sécurité, risques et leur gestion, qualité et continuité des soins. J'ai repéré des facteurs de risques d'une mauvaise identification, liés au patient, aux soignants, à l'équipe, aux tâches, à l'environnement, à l'organisation et/ou à l'institution.

Mes recherches auprès de professionnels de santé ont mis en évidence leurs procédures et méthodes d'identification utilisées, leurs connaissances autour de l'identitovigilance. J'ai réalisé un entretien informatif avec un médecin président de la cellule d'identitovigilance et quatre entretiens semi-directifs avec deux infirmières, un infirmier et un aide-soignant. Comment évaluent-ils leurs pratiques professionnelles, ont-ils bénéficié de formations ?

L'identification du patient fait incontestablement partie intégrante du soin. Avec la traçabilité, l'identitovigilance relève du rôle propre infirmier. Celui-ci peut s'inscrire dans une dynamique et être un élément moteur au sein d'un travail d'équipe concernant ce moment primordial de la prise en charge d'une personne soignée. Il en ressort que l'infirmier, de par sa formation, a toutes les compétences pour apporter une réflexion pour l'élaboration de protocoles afin d'améliorer l'identification du patient.

Après réflexion, ma question de recherche est :

En quoi le processus d'identitovigilance comme relation soignant-soigné influence la qualité et la continuité des soins ?

6. Conclusion

Tout ce travail m'a permis de mettre en application une méthodologie et d'effectuer une enquête de terrain pour mieux connaître l'identitovigilance et la gestion des risques en lien avec l'identification du patient. L'objectif principal de cette recherche était de déterminer les facteurs et les enjeux de la gestion de l'identification du patient chez les personnes soignées et les soignants, l'objectif secondaire de rencontrer des soignants aux personnalités diverses et d'observer leurs réactions et représentations face à la pratique de l'identification du patient. Cette étude fut positive, la comparaison des différentes réponses et l'analyse des comportements des personnes interviewées fut très enrichissante d'un point de vue personnel et professionnel. Elle n'a pas eu pour but de juger la manière dont les professionnels effectuent cette tâche, mais de comprendre les différentes étapes et actions pour réaliser une identification de qualité.

Mes recherches sur les différents concepts et mon enquête auprès des professionnels m'ont donné des éléments de réponse à ma question de départ. L'infirmier peut s'inscrire dans une dynamique et être un élément moteur au sein d'un travail d'équipe concernant ce moment primordial de la prise en charge d'une personne soignée. Ce travail a conforté ma conviction et mon expérience, qu'il faut considérer l'identification comme un soin à part entière. Les bonnes pratiques d'identification sont pleinement associées à la qualité et la continuité des soins. Cette recherche m'a donné des clés et l'envie d'améliorer ma gestion de l'identification du patient tout au long de son parcours de soin. Accorder de la valeur à ces temps d'identification permet de les humaniser et d'y apporter une dimension relationnelle indispensable.

7. Références Bibliographiques

Articles :

- ARTICLE DE RECHERCHE : Erreurs d'identité associées aux soins : analyse approfondie des causes de 55 cas en Aquitaine, Projet régional aquitain PERILS, 2011 de C. LOONIS, J.L. QUENON, f. DELAPERCHE, P. OCCELLI
- OBJECTIF SOINS et MANAGEMENT N°216 mai 2013 l'article de droit de G. DEVERS : « Erreur sur l'identité du patient dans l'administration de ses médicaments ».
- L'INFIRMIERE MAGAZINE N°358 mars 2015 l'article : « Identitovigilance en pédiatrie » de A. SABOUEHI.
- L'INFIRMIERE MAGAZINE N°370 avril 2016 l'article : « Identitovigilance et brancardage » de C. BRIOT.
- L'INFIRMIERE MAGAZINE CAMPUS N°26 novembre 2015 l'article : « Identitovigilance, mode d'emploi » de A. SABOUEHI
- OXYMAG N°128 de janvier/février 2013 l'article : « Identitovigilance : une culture à développer » de M. HONNART-THOMAS et N. FARCY
- SOINS AIDES-SOIGNANTES N°70 mai-juin 2016 l'article : « L'identitovigilance » de G. WIDIEZ

Livres :

- A Aït ABDELMALEK JL GERARD, Sciences humaines et soins, Manuel à l'usage des professionnels de santé, 2ème édition Masson, 2001, 358p
- M. FORMARIER et L. JOVIC « Les concepts en sciences infirmières ». 2ème édition. Édition Mallet Conseil, Lyon, 2012, 328p
- C. PAILLARD « Dictionnaire des concepts en soins infirmiers ». 3ème édition SETES éditions, 2016
- A. MUCCHIELLI : l'Identité, Edition Presse Universitaire de France, 2002, 127p

- C. HALPAN Identité(s), l'individu, le groupe, la société.
- D. LEBRETON, signes d'identité, Editions Métailié, 2002, 225p
- J. REASON, Human Error, Cambridge University Press, 1990
- BERGER-LEVRAULT Référentiel d'activité infirmier 2013 référence : 531 200.
- E.T. Hall, la dimension cachée, édition du seuil, Paris, 1988 pp 143-160.
- H E. PEPLAU, 1952, Relations interpersonnelles en soins infirmiers (extraits).
- W. HESBEEN « Prendre soin à l'hôpital, inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante », Édition Masson, Paris, 1997, 195 p

Cours magistraux :

- UE 1.3 Législation, éthique, déontologie => introduction générale au droit et exercice et responsabilité de la profession d'infirmier ; le secret professionnel ; les droits du patient.
- UE 3.3 Rôles infirmiers, organisation du travail inter professionnalité => les concepts de collaboration et travail en équipe ; posture et identité professionnelle ; l'infirmier dans des secteurs spécifiques : entreprises, prisons, éducation, ...etc.
- UE 4.5 soins infirmiers et gestion des risques => les risques et la sécurité dans le domaine de la santé ; la gestion des risques ; les vigilances dans les établissements de santé.
- UE 4.8 Qualité des soins évaluation des pratiques => les indicateurs et critères de qualité ; les normes de bonnes pratiques ; l'évaluation des pratiques professionnelles.

Webographie :

- <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/vigilance/>
- Dictionnaire Larousse, définition d'identité [en ligne] disponible sur <url>
<http://larousse.fr/dictionnaires/francais/>
- Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, définition/identité

- http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_39085/fr/recherche?portlet=c_39085&text=identitovigilance&opSearch=&lang=fr
- Site intranet du CHU de Nantes, onglet "pratiques professionnelles", accueil et principes de prise en charge des patients, 3-Identitovigilance
- <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000179742&categorieLien=id>
- http://www.has-sante.fr/portail/upload/..._2004.pdf
- - Recommandations « Améliorer la sécurisation de l'identification des patients en secteur sanitaire », EPSILIM, 2012
- - GMSIH ; Accompagnement à la rédaction de la politique d'identification des établissements de santé ; Octobre 2007
- - GMSIH ; Evaluer l'existant organisationnel et technique mis en place par mon établissement (identification du patient) ; Octobre 2007

Légitif :

- Loi 162.21 du code de la sécurité sociale.
- Article R 4311-4 du code de la santé publique.
- Directive sur la pharmacovigilance 2000/38/CE
- Décret n° 93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières. Art. 30

ANNEXES I :

Document n°1 :

Mesures proposées par l'OMS en mai 2007 :

- ▶ Faire du personnel soignant le principal responsable des mesures à prendre pour vérifier l'identité des patients et s'assurer que chaque patient reçoit les soins (par ex. tests de laboratoire, prélèvement d'échantillons, opérations) qui lui sont vraiment destinés avant leur administration.
- ▶ Encourager l'usage d'au moins deux éléments d'identification (par ex. le nom et la date de naissance) pour vérifier l'identité d'un patient à son arrivée ou lors de son transfert dans un autre établissement et avant l'administration des soins. Le numéro de chambre du patient ne doit pas constituer un de ces éléments.
- ▶ Prévoir des protocoles clairs pour identifier des patients non identifiés par d'autres moyens et pour distinguer les identités de patients portant le même nom. Il faut élaborer et utiliser des techniques autres que verbales pour identifier les patients comateux ou souffrant de confusion mentale.
- ▶ Encourager les patients à participer à toutes les étapes du processus.
- ▶ Encourager l'étiquetage en présence du patient des conteneurs utilisés pour le sang et autres échantillons.
- ▶ Prévoir plusieurs vérifications et examens pour éviter la multiplication automatique d'une erreur de saisie informatique.
- ▶ Inclure une formation sur les procédures de vérification de l'identité d'un patient dans les programmes d'enseignement, d'orientation et de formation continue destinés aux professionnels de la santé.
- ▶ Eduquer les patients sur l'importance et l'intérêt d'une bonne identification des patients, effectuée d'une manière constructive sans porter atteinte à la vie privée.

Document n°2 :

Document n°3 :

ANNEXES II :

I. Guide d'entretien sur l'identitovigilance :

1. question de départ : Quels sont les facteurs et les enjeux de l'identitovigilance ?
2. but du guide d'entretien : identifier les pratiques professionnelles des soignants et leurs opinions.

3.objectifs du guide d'entretien :

- cibler la population interrogée
- poser le contexte et le cadre
- cibler les obstacles des soignants concernant l'identitovigilance
- recueillir les ressentis des professionnels de santé

4. les questions de l'entretien :

Présentation :

- 1) Quels sont vos identité, diplômes et ancienneté dans le service, l'institution ?

Thème : L'Identitovigilance

Questions ouvertes :

- 2) Qu'est-ce que l'identitovigilance représente pour vous ? Quels sont ces objectifs ?
- 3) Comment voyez-vous l'identification dans un contexte professionnel ?

Questions de relance :

Sous thème : L'identité

- 4) Pensez-vous que l'identitovigilance soit nécessaire pour les personnes soignées ?
- 5) Comment et à quel moment identifiez-vous les patients dans votre service ?
- 6) Sur quels critères vous appuyez-vous pour identifier les personnes soignées ?
- 7) Quels sont les outils, moyens et techniques d'identification du patient que vous connaissez ? et que vous appliquez ?

Sous thème : La confidentialité

- 8) Comment respectez-vous la confidentialité lors de l'identification du patient ?
Quelles sont vos ressources ?
- 9) En cas de refus du patient de porter le bracelet d'identification, quelles autres méthodes ou outils mettez-vous en place ?

Sous thème : La vigilance

- 10) La vigilance est-elle un élément essentiel dans votre profession ?
- 11) Et plus particulièrement dans l'identification des patients ?

Sous thème : La sécurité

- 12) La sécurité est-elle un élément essentiel de votre métier ?
- 13) Comment pour vous l'identitovigilance assure-t-elle la sécurité du patient ?

14) Quelles peuvent être selon-vous les procédures à mettre en œuvre pour éviter les erreurs dues à l'identification ?

Sous thème : Les risques

14) Existe-t-il des outils ou un protocole pour l'identification des patients et la concordance des informations dans votre service ?

15) Comment identifiez-vous les risques liés aux soins du patient ? pouvez-vous me donner des exemples d'erreurs d'identification ?

16) Comment signalez-vous les événements indésirables qui surviennent dans votre pratique professionnelle ?

Thème : Les facteurs de l'identitovigilance

Questions ouvertes :

17) Comment expliquez-vous cette disparité à utiliser le bracelet d'identification entre certains patients, certains services et certains professionnels de la santé ?

18) Selon vous quelles sont les facteurs qui influencent l'identitovigilance ?

Questions de relance :

19) Connaissez-vous des défaillances retrouvées dans les erreurs d'identification ?

20) Comment identifiez-vous les facteurs de risque potentiels ?

Liés à l'individu ? Liés à l'équipe ? Liés aux tâches ? Liés à l'environnement ?

Liés à l'organisation ? Liés à l'institution ?

Thème : les enjeux de l'identitovigilance et le rôle infirmier

Questions ouvertes :

21) Que pouvez-vous me dire sur la gestion des risques ?

22) Quels sources d'erreurs d'identité connaissez-vous ?

Questions de relance :

Sous thème : La gestion des risques

23) Avez-vous reçu des informations ou une formation sur les bonnes pratiques d'identification du patient ? si oui, lesquelles ?

24) Signalez-vous systématiquement tous les dysfonctionnements dans le processus d'identification du patient ?

25) Connaissez-vous les normes et les recommandations de l'HAS concernant l'identitovigilance ?

26) Connaissez-vous la check List, la règle des 5 B et la culture positive de l'erreur ?

Sous thème : La continuité des soins

27) Après avoir proposé et posé le bracelet au patient comment tracez-vous cet acte ?

28) En cas de refus du patient ou si le bracelet est enlevé, connaissez-vous les modalités de remplacement ?

29) Comment évaluez-vous votre pratique professionnelle concernant l'identification du patient ? Quelles sont vos ressources ?

30) Ce bracelet qui identifie tout de suite un patient hospitalisé n'est-il pas trop stigmatisant ?

31) Quels sont pour vous les enjeux de l'identitovigilance ?

32) Avez-vous une idée des nouveaux outils apportés par le progrès technologique et l'informatique que nous allons utiliser dans l'avenir ?

II. ENTRETIEN N°1 : IDE n°1

Quel est votre identité votre diplôme et votre ancienneté de service dans l'institution

Infirmière depuis 2006, dans le service des grands brûlés depuis 2016

Que représente l'identitovigilance

C'est une manière d'avoir l'identité du patient (Nom prénom) même si le patient est incapable de répondre ou endormi en tout cas qui n'ont pas la capacité de pouvoir répondre.

Pensez-vous que l'identitovigilence soit nécessaire pour les personnes soignées

Oui.

Dans ton contexte professionnel comment voit 'tu l'identification ?

Je leur demande leur nom, prénom, date de naissance, je compare au bracelet et au dossier, afin d'éviter de confondre les patients.

A quel moment identifiez-vous les patients dans le service (question de relance) ?

Dès l'entrée on pose les questions, puis on leur demande s'ils acceptent le bracelet, et le patient garde le bracelet jusqu'à la fin du séjour.

Sur quel critère critères vous appuyez vous pour identifier les personnes ?

Je lui demande comment lui s'appelle puis je demande sa date de naissance.

Quels sont les outils moyens et les techniques d'identification que vous connaissez ?

Le questionnement, puis je regarde le bracelet, le dossier.

Comment préservez-vous la confidentialité du patient lors de l'identification des patients ?

Le patient est souvent seul dans la chambre, mais s'il y a un voisin on fait sortir le voisin.

En cas de refus du patient de porter le bracelet d'identification, quelle autre OUTILS utilisez-vous ?

Ça ne m'est jamais arrivé, cependant je ne pourrais pas le forcer.

L'Identitovigilance est -elle un élément important de votre profession ?

Essentiel non, sécurisant oui.

L'identitovigilance assure-t-elle la sécurité du patient ?

Surtout pour éviter les erreurs de patients, dans mon service nous n'avons que 13 patients reste un minimum de 3 semaines on apprend donc à les connaître. On sait plus facilement le moyen de vérifier à qui on a à faire. J'ai souvenir d'un patient ouvert à tort au genou.

Au niveau des risques existe-t-il des outils ou un protocole pour d'identification des patients et la concordance des informations dans votre service ?

Il faut poser systématiquement des questions au patient, pour s'assurer de la concordance entre le patient et le dossier. Mais on ne demande pas de justificatif au patient.

Comment identifiez-vous les risques liés aux soins du patient ?

Dans mon service tous les patients viennent pour la même pathologie, mais le risque est que le patient ne reçoive pas les bons soins les bons médicaments. Eventuellement les effets secondaires et les contre-indications qui peuvent en découler comme par exemple dans le cas des allergies.

Comment signalez-vous les évènements indésirables qui surviennent dans votre pratique professionnelle ?

En FEI (feuille d'évènement indésirable), j'en parle également à ma cadre

Au niveau des causes de l'identitovigilance, Comment pouvez-vous expliquer la disparité à utiliser le bracelet d'identification entre certains patients, certains services et certains professionnels de la santé ?

On a pas tous la même population de patient, je pense que lorsqu'on a des patients Alzheimer on va être plus vigilant car ils ne peuvent pas toujours répondre seuls aux questions d'identification.

Pour le patient autonome la prise en charge de l'identitovigilance n'est pas la même mais revêt un caractère important quand même.

Dans cette pratique d'identitovigilance, comment identifiez-vous les facteurs de risques pour le patient ? Mettez-vous en place des outils pour les éviter ?

Quels sont les facteurs de risque potentiel ?

Le manque de question de l'équipe, l'absence d'identification de l'individu qui n'est pas en mesure de répondre à une question et qui est inconnu du service.

Avez-vous reçu une formation ou de l'information sur l'identitovigilance ?

Aucune formation particulière.

Signalez-vous les problèmes ?

Oui pour les problèmes d'homonyme d'orthographe, mais le document est compliqué à remplir dans ce cas.

Connaissiez-vous les normes concernant la haute autorité de santé concernant l'identitovigilance ?

Non.

Connaissez-vous check liste, et la règle des 5 B, ou la culture positive de l'erreur ?

Non.

Après la pose d'un bracelet au patient comment tracez-vous cet acte ?

Je le mets dans la feuille de synthèse de soins. Et j'indique si le port du bracelet s'est fait avec consentement ou sans consentement.

En cas de refus du patient si le bracelet est enlevé, connaissez-vous la procédure de remplacement ?

J'indique cette information dans le dossier, on peut également changer le bracelet de place , ce qu'on indique également dans le dossier.

Comment évaluez-vous votre pratique professionnelle concernant l'identification du patient ?

Au sein de mon service, je finis par ne plus demander car je connais mes patients. En règle générale pour les bilans on doit le faire mais j'avoue que je peux être négligente du fait de mon service.

Le bracelet n'est-il pas trop stigmatisant ?

Non.

Quels sont pour vous les enjeux de l'identitovigilance ?

Enjeux de sécurité pour éviter toute erreur en raison d'un problème d'identité.

Avez-vous une idée sur l'évolution de la pratique ?

Des puces ? Je ne sais pas mais j'imagine que dans l'avenir nous aurons un système plus sécurisant et plus infaillible.

III. ENTRETIEN N°2 : IDE n°2

Quel est votre identité votre diplôme et votre ancienneté de service dans l'institution

Je suis diplômée aide-soignante depuis avril 2002. Donc j'ai 12 ans d'ancienneté au sein de l'hôpital et je suis diplômée infirmière depuis juillet 2016.

Que représente l'identitovigilance ?

L'identitovigilance alors pour moi c'est quoi, c'est la gestion ; ça à un objectif de gestion des risques en termes d'identité chez le patient, c'est pour éviter les erreurs euh l'erreur euh d'identification. Après c'est ce qui va permettre au patient, à coordonner les soins aux patients, d'éviter qu'il y est des erreurs de dossiers ou autre, médicaments.

Penses-tu que l'identitovigilence soit nécessaire pour les personnes soignées

Oui.

A quel moment identifiez-tu les patients dans le service (question de relance) ?

Alors là je suis au bloc opératoire, dès l'entrée, des qui arrivent on leur demande d'ehu se présenter nom, prénom, date de naissance.

Quels sont les outils moyens et les techniques d'identification que vous connaissez ?

Quand le patient en fait, il a toute sa tête il est psycho naninnin on lui fait répondre aux questions simplement on a une check-list en fait. On lui demande des se présenter, s'il a des allergies, savoir pourquoi il est hospitalisé, on pose toutes ces questions-là, allergie, s'il a été déjà opéré, s'il a des plaques des vis, du matériel dans le corps

Comment préservez-vous la confidentialité du patient lors de l'identification des patients ?

Ah la la, ben en général lorsqu'ils arrivent par l'accueil du PTMC, c'est vrai qu'on fait pas trop attention à ça en fait, j'avoue c'est un manquement après c'est que le soir après 18 heures que la salle d'accueil du PTMC est fermée du coup on est tout seule avec le patient parce qu'il passe par l'accueil du bloc des urgences et là il n'y a pas de personne autour c'est vrai que c'est plus respecter à ce moment-là.

En cas de refus du patient de porter le bracelet d'identification, quelle autre outils utilisez-vous ?

Alors nous ils n'ont jamais, toujours un bracelet d'identification parce que tout ça s'est fait en amont dans le service, à l'accueil des urgences ou dans les boxes. Ils arrivent forcément avec un bracelet d'identification chez nous il est placé avant. Lorsqu'ils viennent avec le SAMU, ils n'ont pas de bracelet d'identification mais souvent l'identification est faite par le SAMU, l'admission est faite par le SAMU et la préadmission est faite par le SAMU et quand le patient est interrogé ben euh on lui repose la question et s'il n'est pas interrogé ben on fait quand même les soins.

La vigilance est -elle un élément important de votre profession ?

Oui, elle est indispensable.

L'identitovigilance assure-t-elle la sécurité du patient ?

Du coup ça permet aux patients d'ehu, ça permet la continuité des soins dans le sens quand ils changent ou s'il est amené à changer de service et tout. Comme il y a son nom, son prénom, sa date de naissance son assimilés à un numéro qu'on appelle numéro IPP. Grace à ça en fait après quand on a étiqueté que ce soit des bons, des prises de sang, quand il va passer des examens, de la radiologie et où il est transféré dans un autre service c'est ce qu'on va regarder et euh s'il y a des homonymes des choses comme ça, ça permet de faire une différenciation entre deux homonymes, éviter les erreurs.

Comment signalez-vous les évènements indésirables qui surviennent dans votre pratique professionnelle ?

Alors moi je n'ai jamais été confronté à des erreurs d'identification donc euh c'est arrivé une fois il a fallu qu'on rappelle les pré admissions car on avait eu un SAMU et du coup ils c'étaient tromper dans le nom et le prénom, le nom il y avait 2 prénoms et en faites il n'y en avait qu'un, un des prénoms avait été mis dans le nom, c'était une erreur comme ça. Donc du coup il a fallu tout refaire il a fallu tout réétiquette notamment par rapport au groupe sanguin tout ça s'il avait eu transfusion, ça posait euh problèmes, donc du coup il a fallu tout reprendre.

Dans cette pratique d'identitovigilance, comment identifiez-vous les facteurs de risques pour le patient ? Mettez-vous en place des outils pour les éviter ?

Après c'est vrai qu'il faut s'adapter en fonction des services. Euh C'est vrai que c'est important d'avoir les bonnes étiquettes le bon dossier et de tout façon après moi je dirais ce qui est important c'est le soignant avant tout qui doit être vigilant à ce niveau-là et il doit absolument vérifier que son numéro, son étiquette patiente correspond bien au patient en question.

Que pense tu de la gestion des risques ?

Elle est indispensable dans la prise en soin du patient, que ouai c'est indispensable car il en va de la sécurité du patient.

Avez-vous reçu une formation ou de l'information sur l'identitovigilance ?

Non.

Signale-tu les erreurs d'identification ?

S'il y en a oui.

Connaissiez-vous les normes concernant la haute autorité de santé concernant l'identitovigilance ?

Oui

Connaissez-la-vous check liste, et la règle des 5 B, ou la culture positive de l'erreur ?

Oui

Après la pose d'un bracelet au patient comment tracez-vous cet acte ?

Dans le dossier de soin du patient, il faut inscrire comme quoi il a été posé par qui tu signe ton nom ta fonction.

Le bracelet n'est-il pas trop stigmatisant ?

Non, après c'est comme pour tout il faut l'expliquer à partir du moment qu'on l'explique les gens comprenne.

Quels sont pour vous les enjeux de l'identitovigilance ?

D'assurer la sécurité du patient.

Avez-vous une idée sur l'évolution de la pratique ?

Non.

IV. ENTRETIEN N°3 : Ide n°3

Quel est votre identité votre diplôme et votre ancienneté de service dans l'institution ?

Infirmier aux urgences depuis 8, 9 ans je suis diplômé depuis 12 ans. J'ai fait un an aux services intensifs. J'ai voyagé dans plusieurs services de courte durée à quelque mois.

Que représente l'identitovigilance ?

Ben ça fait partie des grosses vigilances qui ont été mise en place, que on y fait plus attention que. Enfin nous on met des bracelets aux patients depuis quelques années mais c'est vrai qu'avant on les mettaient pas. Euh donc on vérifiait l'identité mais on savait jamais si savait été fait à l'accueil si on le refaisait à l'entrée des salles d'examens donc là ça doit être fait à la pose du bracelet donc c'est vrai je pense qu'on est plus vigilant et quand il y a des erreurs d'identité, parce que les gens rentre dans l'hôpital en rentrant aux urgences. Quand il y a des erreurs d'identités on les repère plus rapidement qu'avant.

Dans ton contexte professionnel comment voit 'tu l'identification ?

Alors euh nous aux urgences, il y a une partie des infirmiers qui font de l'accueil mais tout le monde n'est pas formé à l'accueil, mais on travaille en binôme avec l'aide-soignant d'accueil et c'est vrai où c'est là que ce font les entrées au niveau des admissions que ce soit les patients qui viennent tout seul suivant qu'ils viennent avec les pompiers , les ambulances, le SMUR donc l'entrée est faite au niveau des admissions puis après nous on est les premières personnes de l'hôpital avec lesquels le patient à un contact. Et donc c'est vrai que même avant de demander le problème de santé je commence à demander l'identité des gens pour être sûr que l'entrée administrative a bien été effectuée.

Pense-tu que l'identitovigilance soit nécessaire pour les personnes soignées ?

Ben je pense que on en fait beaucoup, qu'on en fait parfois trop après on peut l'expliquer aux gens qu'ils sont pas obligés d'accepter le bracelet mais qu'on peut toujours vérifier l'identité après vérifier l'identité d'une personne qui est toute seule qui est venu sans pompier sans ambulance euh je pense qu'il a donné ces papiers. Dans le dossier au fait on a des grosses étiquettes avec un C ou un I C ça veut dire Complet ça veut dire qu'elle a présenté sa carte vitale son umm sa carte mutuelle ou pièce d'identité. Bon là c'est vrai je pense que je le fais par automatisme mais ça serait pas nécessaire de lui demander son identité elle a été déjà contrôlée, on voit que le dossier est complet donc il a déjà présenté des justificatifs d'identité, donc c'est vraiment par us et coutume. Je pense pas que ce soit très pertinent pour ces personnes-là mais au moins on prend l'habitude de le faire.

Et donc le I ?

Incomplet, les pompiers n'ont pas pris les papiers par exemple et donc n'ont pas présenté les papiers aux admissions et du coup on n'est pas forcément sur à 100% donc ça reste à vérifier.

Quels sont les outils moyens et les techniques d'identification que vous connaissez ?

On a aussi un dossier papier on est beaucoup informatisé tu vois on a un dossier papier qui permettent de mettre les examens de laboratoire voir si sont faits à l'extérieur et là il y a une autre étiquette avec son identification voilà après c'est ce qu'on utilise principalement ici du patient voir si ça correspond à son IPP. Voilà ce qu'on utilise ici. Ça arrive sur les dessins ou la feuille cartonnée avec le dossier du patient à remettre à couler en plus sur le brancard en plus du bracelet d'identification pour les bras si j'ai pas de bêtises pour les DCC de bras cette notification avec moi les patienter c'est pas logique au courant je ne la respecte pas parce que quand la vérifie.

Comment préservez-vous la confidentialité du patient lors de l'identification des patients ?

Je la respecte pas, parce qu'on est à là à l'accueil de tous les patients soient en attente ou ceux qui sont en attente de nous voir du coup on fait on fait épeler le nom à la personne alors que c'est quelqu'un et si la personne entend mal on va être obligé de se mettre à parler fort plus donc aucun respect de la confidentialité avec la configuration des urgences.

En cas de refus du patient de porter le bracelet d'identification, quelle autre outils utilisez-vous ?

Bah il refuse, oui en fait sur le logiciel informatique on a une traçabilité sur le consentement du port du bracelet : oui, non, impossible pour une personne qui arrive avec une altération de la vigilance ou de trouble de la conscience et à côté on a : pose du bracelet oui, non, impossible. Dons on le trace, le fait qu'on est posé le bracelet. S'il refuse, il a son dossier cartonné avec lui.

La vigilance est -elle un élément important de votre profession ?

Ah ben c'est important oui, on voit bien avec l'hémovigilance, l'identitovigilance, la matériovigilance. En effet, il faut être vigilant, on est autour du patient et de leur santé.

Donc oui forcément ça peut entraîner des erreurs dans le dossier ou pour que tu arrivé pour les transfusion et sont encore plus ils sont encore plus vigilant que nous même si l'identité est parfaite et qu'il manque le nom de jeune fille par exemple et ben ils vont nous interroger il faudra qu'on refasse l'entrée avec le nom de jeune fille l'EFS ils sont très pointilleux.

L'identitovigilance assure-t-elle la sécurité du patient ?

est-ce que la sécurité est essentiellement oui pour la traçabilité des soins faire le bon soin à la bonne personne donc c'est vrai que nous on a quand même notre secteur réservé avec les patients avec lesquels on fait les entrées donc c'est vrai il faut on a fait connaissance on va revenir faire d'autres soins à la personne et pas forcément vérifier l'identité à chaque fois mais c'est vrai que même sur l'informatique pour la traçabilité des soins on a intérêt à faire attention parce que c'est vrai en forme informatiser un clic un droit un clic droit gauche ça va vite on a tracé sur un dossier par erreur le soin qui a été fait ou des mauvaises constantes il faut s'en apercevoir et on peut plus le corriger c'est pas ce qu'il y a de plus pratique avec notre logiciel.

Au niveau des risques existe-t-il des outils ou un protocole pour d'identification des patients et la concordance des informations dans votre service ?

Ben on doit mettre plutôt le bracelet et vérifier l'identité après le patient il peut voir tellement de monde entre nous les manips radios scanner à l'écho exploration fonctionnelle, il peut se balader en face balader entre guillemets il peut être amené parcourir de trois secteurs au sein des urgences il n'y a pas de protocole écrit il faut le mettre dans les us et coutume à l'accueil et c'est vrai que bien des fois la personne on lui demande plusieurs fois sur 10 dans titi à chaque nouvelle intervenants et même si la personne a son bracelet on est jamais sûr à 100 % que la personne à vérifier son identité ont le fait des fois quand on les prend en charge dans la salle d'examen.

Comment signalez-vous les évènements indésirables qui surviennent dans votre pratique Professionnelle ?

Quand je m'aperçois d'une erreur en fait, on va rectifier parce que nous on est en contact avec les admissionnistes. On va chercher l'erreur et la rectifiée, on fait un recueil de données. Si les pompiers se sont trompés ce qui arrivera régulièrement sur l'orthographe d'un nom on va aller chercher la preuve, les papiers dans les affaires du patient parce que même si les patients les ont et les prennent pas forcément et on va apporter ça à l'admissionniste qui va rectifier identité d'un point de vue informatique. Après les

ambulanciers sont des fois plus carré, eux il vont chercher les pièces, ils ne marquent pas ça à la va vite dans le camion avec le bruit du moteur et tout il vont vraiment chercher les pièces que ce soit carte vitale, mutuelle, identité et ils les présente aux admissioniste ce qui réduit fortement les risque d'erreurs.

Au niveau des causes de l'identitovigilance, Comment pouvez-vous expliquer la disparité à utiliser le bracelet d'identification entre certains patients, certains services et certains professionnels de la santé ?

Après ça peut être, selon les protocoles du service ou selon l'activité. Parce que des fois lorsqu'on est dans le jus, enfin à l'accueil des urgences, un coup c'est l'aide-soignant, un coup c'est l'infirmière qui va le mettre et aussi bien que l'aide-soignant d'accueil les a mis pour les cinq derniers et donc du coup sur le sixième on va même pas regarder si la personne a son bracelet on va se dire qu'il la déjà fait et que forcément nous on va pas penser à le faire, on va se dire qu'il a déjà posé le bracelet et vérifier l'identité et on vas pas forcément le faire et là ça peut être source d'erreur.

Dans cette pratique d'identitovigilance, comment identifiez-vous les facteurs de risques pour le patient ? Mettez-vous en place des outils pour les éviter ?

Ça peut être deux personnes qui ont le même nom. Ces des nouvelles au téléphone avec des personnes qui ont le même nom, il y a madame Durand et madame Durand, il y en a une qui s'appelle Thérèse et l'autre Marie-Thérèse il peut y avoir des oui on s'en aperçoit vite des nouvelles données au téléphone par exemple et on donne des nouvelles de la mauvaise dame, et la personne au bout du fil va nous dire elle ne vient pas pour ça. Ah attendez je vais voir à ben oui non. Après j'ai pas de cas d'erreur grave souvent quand il y a un problème enfin ou un doute on fait épeler ou a toujours en plus le numéro d'IPP donc le numéro d'identification patient qu'on utilise souvent et donc euh quand on cherche un patient sur l'informatique on va se servir du numéro d'IPP parce que limite ça va être plus rapide que de demander à l'interlocuteur d'épeler le nom de dire le prénom de donner sa date de naissance ou quoi on peut utiliser ce numéro là en plus c'est un numéro individuel.

Que peux-tu me dire de la gestion des risques ?

C'est vrai que nous on vérifiait l'identité avant euh et puis maintenant depuis des années on met des bracelets qu'on mettaient pas avant, c'est vrai que la première réaction des gens « oh c'est comme à la maternité » et pour eux un bracelet c'était mis juste pour les bébés. Maintenant on fait ça on le faisait pas avant.

Avez-vous reçu une formation ou de l'information sur l'identitovigilance ?

Des formations proprement dite non c'est plus des indications transmettent à l'équipe euh transmissions orales. Non autrement j'ai pas eu de formation spécifique à l'identitovigilance.

Signalez-vous les problèmes et dysfonctionnement dans le processus d'identification ?

Pas forcément, après des fois au niveau de l'EFS ils sont d'accord de prendre en charge le tube avec la mauvaise identité entre guillemets c'est-à-dire le nom de jeune fille qui manque, la bonne identité mais incomplète et après il vont demander une demande rectification d'identité donc on va mettre une ancienne étiquette la nouvelle et puis on va renvoyer ce document-là à l'EFS. Comme quoi on atteste que c'est bien l'identité. Les patients alcoolisés qui n'ont pas de papier sur eux et qui sont incapable de donner leur identité, on fait une entrée avec des étiquettes et tout leur date de naissance ça sera la date du jour d'entrée ça sera marquer URG urgences euh X -et un numéro ouai d'anonymat provisoire en attendant qu'on récupère leur identité et ce qui fait qu'une fois qu'on a son identité on peut coupler les deux étiquettes. Pareil pour un cycliste, un patient inconscient sans identité sur elle on pourra toujours les traiter. Des patients peuvent demander une confidentialité à différents niveaux hyper confidentialité soit il n'y aura pas de trace du passage de la venue de ce patient. Soit il n'y aura pas pour des personnes extérieures pour le personnel paramédical pour les médecins il y a que le médecin référent qui aura des nouvelles de la personne.

Connaissez-la-vous check liste, et la règle des 5 B, ou la culture positive de l'erreur ?

Non pas du tout.

Comment évaluez-vous votre pratique professionnelle concernant l'identification du patient ?

Ben euh on est assez pointilleux là-dessus en sachant que ce soit de toute façon adaptable à l'urgence, parce qu'ils y a des patients que l'on prend en charge et qui non pas forcément leur entrée administrative et du coup ben on commence à les prendre en charge sans identité avérée sur le dossier puisque du coup il est pas créer donc c'est vrai qu'il faut une continuité comme il y a plusieurs acteurs qui rentre en jeu que ce soit l'admissionniste, l'infirmier d'accueil ou l'infirmier qui va commencer à prendre en charge mais c'est vrai on va toujours privilégier le soin surtout si il est urgent et dans un second temps vérifier l'identité de la personne et c'est vrai que de toute façon on préfère bien soigner avec la mauvaise identité. Le plus urgent ça va être la santé de la personne

Le bracelet n'est-il pas trop stigmatisant ?

On en a tellement, tellement l'habitude, après moi si les gens ils ne le veulent pas, pas de problème pour moi ils ont tout à fait le droit de refuser, c'est pas de ce qu'il y a de plus voyant. Ici les gens ils sont en tenue de ville et on le met une chemise de l'hôpital c'est plus stigmatisant que d'avoir un bracelet autour du poignet.

Quels sont pour vous les enjeux de l'identitovigilance ?

Ben ça fait partie du soin c'est fait pour obtenir aussi euh parce que il y a une certaine traçabilité par rapport aux différents épisodes des patients c'est vrai qu'une personne qui n'est pas en état de parler mais qu'on a sa bonne identité on peut toujours avoir un recueil de données par rapport à ces antécédents à ce qui a déjà été fait. Ça va participer à une bonne prise en charge du patient.

Avez-vous une idée sur l'évolution de la pratique ?

On ne va peut-être pas leur mettre des puces on en sait rien. Ou peut-être un tatouage je sais pas, je n'en ai pas entendu parler en tout cas mais euh.

V. ENTRETIEN N°4 : AS n°1

Quel est votre identité votre diplôme et votre ancienneté de service dans l'institution

Aide-soignant 17 ans à l'hôpital et 10 ans aux urgences.

Que représente l'identitovigilance

Sécurité responsabilité envers le patient.

Ne pas faire de bêtise, ne pas donner le mauvais médicament, lui mettre une mauvaise pathologie qui ne serait pas la sienne.

Comment envisagez-vous l'identitovigilance ?

Travaillant accueil des urgences c'est une obligation, travaillant à l'entrée de la chaîne on va dire, obligatoirement identification des patients afin d'avoir des étiquettes convenables et bien sûr bracelet immédiatement mis pour pouvoir attaquer les soins dans l'urgence.

Penses-tu que l'identité vigilance soit nécessaire pour les personnes soignées ?

Elle n'est pas nécessaire mais obligatoire afin d'éviter tout problème lié à la pathologie l'identité ou le sexe du patient.

A quel moment identifiez-vous les patients dans le service (question de relance) ?

Dès leur arrivée compte tenu du poste d'aide-soignant à l'accueil.

Quels sont les outils moyens et les techniques d'identification que vous connaissez ?

L'interrogatoire et le premier moyen pour demander l'identification au patient, mais ce n'est pas toujours possible. Eventuellement demander aux pompiers si le patient a été emmené par eux, après si le patient est alité et aphone, ça devient difficile.

Ils sont identifiés sous un numéro précaire. Cette identification commence par le mot urgence et un numéro suivant l'heure d'arrivée de patient, cela arrive souvent pour des patients évanouis ou dans un état d'ébriété ou de toxicologie avancé. C'est une situation qui se présente essentiellement aux urgences.

Comment préservez-vous la confidentialité du patient lors de l'identification des patients ?

C'est toujours assez difficile aux urgences, néanmoins on essaie de ne pas parler trop fort, de ne jamais révéler l'identité des patients fort, il pourrait y avoir des conflits entre différents patients, des conflits conjugaux en cours comme c'est déjà arrivé.

Mais au urgences la situation peut s'avérer compliquée car on ne peut pas faire sortir les gens.

En cas de refus du patient de porter le bracelet d'identification, quelle autre outils utilisez-vous ?

Personnellement je n'ai jamais rencontré ce cas, mais dans cette éventualité, je dois en référer à mon infirmière pour que ce soit marqué dans son dossier. On ne va pas rentrer en conflit avec le patient, on va identifier le patient sous le numéro urgent puis on interroge le médecin pour recueillir une identité c'est une question de temps puisque normalement les patients ne vont pas dans les services sans identité.

La vigilance est -elle un élément important de votre profession ?

C'est une obligation d'autant que mon poste se trouve en début de la chaîne.

L'identitovigilance assure-t-elle la sécurité du patient ?

Je pense que même si elle ne fait pas tout, elle y contribue. Pour éviter les mauvais actes, les mauvais gestes en raison d'une mauvaise interprétation.

Au niveau des risques existe-t-il des outils ou un protocole pour d'identification des patients et la concordance des informations dans votre service ?

Je pense que par l'informatique on peut regrouper les informations, trouver le patient s'il a déjà fait des séjours ou reçu des soins même dans le conventionnel. Dans le cas contraire, à moins d'avoir quelqu'un de la famille cela reste difficile.

Comment identifiez-vous les risques liés aux soins du patient ?

Par ses antécédents éventuellement si j'arrive à en prendre connaissance, on en revient à l'identification sans laquelle on ne peut prendre connaissance des antécédents fiables du patient.

Comment signalez-vous les évènements indésirables qui surviennent dans votre pratique professionnelle ?

Si je suis en binôme, j'en réfère à mon infirmière référente, mais s'il le faut je fais remonter aux cadres voir aux médecins pour obtenir leurs avis.

Au niveau des causes de l'identitovigilance, Comment pouvez-vous expliquer la disparité à utiliser le bracelet d'identification entre certains patients, certains services et certains professionnels de la santé ?

Le service des urgences ne peut déroger à l'identification comme dans certains services ou le patient effectue de nombreux séjours, dans ce cas il est connu et son dossier aussi (Psychiatrie ou maladie chronique). Toutefois le service des urgences connaît également certains patients en raison du nombre de passages aux urgences. Néanmoins, je reste persuadé qu'il est indispensable de procéder à l'identification et un récent problème dans un grand Hôpital qui a interverti deux protocoles de soins pour 2 patientes dont l'une patiente venait pour un cerclage et l'autre pour une IVG. Ce qui a renforcé en France l'identification des patients. J'insisterai toujours dans mon rôle pour que cette pratique.

Dans cette pratique d'identitovigilance, comment identifiez-vous les facteurs de risques pour le patient ? Mettez-vous en place des outils pour les éviter ?

A mon niveau, je n'ai pas connaissance de ce type de procédure.

Avez-vous reçu une formation ou de l'information sur l'identitovigilance ?

Absolument aucune, j'ai appris sur le tas. Je n'avais pas connaissance qu'il existait une formation sur ce sujet.

Signalez-vous les problèmes ?

Obligatoirement, comme je l'ai rappelé tout à l'heure, j'en réfère à mon binôme, le cas échéant si besoin au cadre de santé et aux médecins éventuellement.

Connaissiez-vous les normes concernant la haute autorité de santé concernant l'identitovigilance ?

Non pas du tout.

Connaissez-la-vous check liste, et la règle des 5 B, ou la culture positive de l'erreur ?

Non pas du tout.

Après la pose d'un bracelet au patient comment tracez-vous cet acte ?

Sur le programme informatique, je coche l'emplacement prévu dans le logiciel de gestion : « Bracelet mis en place »

En cas de refus du patient si le bracelet est enlevé, connaissez-vous la procédure de remplacement ?

Non

Comment évaluez-vous votre pratique professionnelle concernant l'identification du patient ?

Je pense faire le maximum et je considère cela comme une obligation, en fait à partir du moment où nous avons les étiquettes SIGMA d'identification, le deuxième acte est de poser un bracelet. C'est devenu un automatisme dans le service.

Le bracelet n'est-il pas trop stigmatisant ?

C'est difficile, car on nous apprend la confidentialité le secret professionnel, et on a des patients qui se promènent avec leur identité inscrite sur un bracelet. Cela reste stigmatisant, néanmoins pour le moment cela reste le seul moyen d'identifier le patient.

Quels sont pour vous les enjeux de l'identitovigilance ?

La sécurité dans la prise en charge du patient, un confort et une responsabilité notoire moins à même d'être engagée. Je me demande comment on faisait avant avec les patients dont on ignorait tout.

Avez-vous une idée sur l'évolution de la pratique ?

Je pense que dans le futur nous aurons soit un code barre lisible soit une puce sur chacun d'entre nous.

VI. ENTRETIEN N°5 : médecin n°1

Entretien de 20 minutes avec le président de la cellule d'identitovigilance qui est chirurgien. Le 04 janvier 2017 à 11 heure dans son bureau.

Questionnaire sur l'identitovigilance :

1- Quels est le statut de l'établissement et quels est le nombre de lits de la structure ?

Réponse : c'est un établissement public de 3000 places (lits).

2- L'établissement a-t-il reçu la certification V2010 de l HAS ?

R : oui

3- L'identitovigilance est-elle organisée dans l'établissement ?

R : oui

4- Depuis combien de temps ?

R : depuis 2010

5- lors de l'organisation de l'identitovigilance dans l'établissement, les documents mis à disposition par le GMSIH (Groupement pour la Modernisation des Systèmes d'Information Hospitaliers) ont-ils été utilisés ?

R : à priori non, nous avons fait nos propres documents

6- L'établissement a-t-il eu une réserve concernant l'identitovigilance lors de la dernière certification ?

R : non, même pas de recours

7- Si oui, A-t-elle été levée ?

8- Existe-t-il une structure d'identitovigilance institutionnelle chargée de la politique d'identitovigilance dans votre établissement (autorité de gestion des identités, comité d'identitovigilance...) ?

R : oui

9- Si oui, le personnel médical et paramédical est-il représenté dans la structure institutionnelle ?

R : oui et pas qu'eux

10- Le personnel administratif est-il représenté dans la structure institutionnelle ?

R : oui

11- Existe-t-il une cellule opérationnelle d'identitovigilance dans votre établissement (Cellule d'identitovigilance, cellule opérationnelle d'identitovigilance, référent d'identitovigilance...) ?

R : cette une vigilance de l'établissement mais ce n'est pas une vigilance réglementaire au stricto sensu c'est-à-dire que c'est une vigilance que l'on identifie en tant que t'elle mais dans les textes réglementaires nationaux elle n'appartient pas aux vigilances sanitaires. Au chu c'est identifié et on la considère comme telle.

12- L'identitovigilance est-elle identifiée comme un risque sanitaire dans votre établissement au même titre que la pharmacovigilance, la réactovigilance ?

R : oui

13- Est-ce que les indicateurs suivants relatifs à l'identitovigilance sont utilisés dans votre établissement :

Nombre de doublons créés par unité de temps => R : oui

Nombre de fusions par unité de temps => R : oui

Nombre de collisions détectées => R : oui elles sont détectées, les doublons on peut les identifiés assez simplement mais les collisions on se rend compte qu'il y en a une lorsqu'on la détecte.

Nombre de personnels formés par catégorie professionnelle => R : je suis incapable de vous répondre mais j'ai fait des cours régulièrement et il y a des référents identitovigilance dans les services et dans les pôles mais je ne sais pas combien il y en a.

14- Des audits relatifs à l'identitovigilance sont-ils réalisés dans votre établissement ?

R : oui

15- Un bracelet d'identification est-il utilisé dans votre établissement pour tous les patients ou certain patient ?

R : tous les patients en MCO (médecine, chirurgie et obstétrique) ; pour les patients de psy, le bracelet est mis après avis médical, donc facultatif et systématiquement quand ils viennent faire des examens sur l'Hôtel Dieu ; les patients âgés long séjour peuvent avoir une espèce de dérogation et ne l'on pas systématiquement ce d'autant plus que les bracelets les blessent.

16- Existe-t-il au niveau de votre établissement un document largement diffusé décrivant l'organisation de l'identitovigilance ?

R : oui ça s'appelle, le kit identitovigilance

17- Existe-t-il une charte d'identification des patients, précisant en particulier les règles de saisie de l'identité du patient dans le système d'information hospitalier (SIH) ?

R : oui

18- Existe-t-il une procédure d'identification primaire du patient lors de l'accueil dans votre établissement (création d'un patient dans le SIH, ou rattachement d'un patient à une identité présente dans le SIH), Existe-t-il une procédure de correction et de rapprochement d'identité (fusion) dans le SIH ?

R : oui ça existe

19- Existe-t-il une procédure d'admission pour les patients à l'identité non connue ?

R : oui

20- Existe-t-il une procédure d'admission pour les patients souhaitant garder l'anonymat ?

R : oui, c'est clair notamment au centre Simone Veil pour les IVG et les accouchements sous X.

21- Existe-t-il une procédure de vérification de l'identité du patient avant un acte diagnostique ou thérapeutique ?

R : oui la check List.

22- Existe-t-il une procédure dégradée de fonctionnement permettant l'identification primaire et secondaire lors de panne du système d'information hospitalier ?

R : oui, la procédure classique.

23- Des formations relatives à l'identitovigilance sont-elles organisées dans l'établissement pour les personnels soignants et pour les personnels administratifs ?

R : oui

24- Des campagnes de sensibilisation des patients sont-elles menées dans l'établissement ?

R : oui, il y a un petit chapitre dans le livret d'accueil des patients et des affiches aussi.

25- Des personnels sont-ils dédiés à l'identitovigilance ? Nombre d'équivalent temps plein dédié à l'identitovigilance ?

R : oui, à la cellule identitovigilance 3 ETP

26- Souhaitez-vous que votre établissement bénéficie des services proposés par le groupe régional d'identitovigilance, tels que : Formation, sensibilisations, aide méthodologique, audits croisés entre établissement de santé, accompagnement à la mise en place de l'identitovigilance.

R : on s'est pas mal débrouillé comme des grands jusqu'à présent et je ne sais pas trop ce que ça nous rapportera de plus.

27- Quels sont pour vous les enjeux de l'identitovigilance ?

R : Alors à quel niveau ?

A tous les niveaux.

R : pour pas faire de connerie déjà. Il y a un énorme enjeu à venir qui sont les GHT (groupement hospitalier de territoire) dans la loi avec un convergence des systèmes d'informations qui doivent être communiquant à partir de 2018 et donc il va y avoir un gros enjeu d'identification des patients, d'annuaires des patients et de règles d'identitovigilance parce que il ne faut pas se tromper. Les enjeux de l'identitovigilance c'est le bon soin au bon patient et au bon moment.

VII. Grille d'analyse n°1 :

Thèmes et sous thèmes	<u>IDE N°1</u>	<u>IDE N°2</u>	<u>IDE N°3</u>	Divergence/convergences	Eléments nouveaux : concepts/ savoirs. Réflexions.
<u>1/L'Identitovigilance</u> Qu'est-ce que l'identitovigilance représente pour vous ? Quels sont ces objectifs ?	« C'est une manière d'avoir l'identité du patient (Nom prénom) même si le patient est incapable de répondre ou endormi en tout cas qui n'ont pas la capacité de pouvoir répondre. »	« L'identitovigilance alors pour moi c'est quoi, c'est la gestion ; ça à un objectif de gestion des risques en termes d'identité chez le patient, c'est pour éviter les erreurs euh l'erreur euh d'identification. Après c'est ce qui va permettre au patient, à coordonner les soins aux patients, d'éviter qu'il y est des erreurs de dossiers ou autre, médicaments. »	« Ben ça fait partie des grosses vigilances qui ont été mise en place, que on y fait plus attention que. Enfin nous on met des bracelets aux patients depuis quelques années mais c'est vrai qu'avant on les mettaient pas. Euh donc on vérifiait l'identité mais on savait jamais si savait été fait à l'accueil si on le refaisait à l'entrée des salles d'examens donc là ça doit être fait à la pose du bracelet donc c'est vrai je pense qu'on est plus vigilant et quand il y a des erreurs d'identité, parce que les gens rentre dans l'hôpital en rentrant aux urgences. Quand il y a des erreurs d'identités on les repère	<u>Ide n°1</u> : elle ne parle pas des erreurs d'identités. <u>Ide n°3</u> : il dit qu'avant il ne mettait pas de bracelet mais que maintenant tout le monde est plus vigilant. Que les urgences est une porte d'entrée pour l'hôpital. Il dit aussi que les erreurs d'identités sont repérées plus rapidement qu'avant.	<u>Ide n°2</u> : elle parle de la gestion des risques en termes d'identité et de la coordination des soins du patient.

			<i>plus rapidement qu'avant. »</i>		
<u>2/L'identification</u> Dans ton contexte professionnel comment voit 'tu l'identification ?	<i>« Je leur demande leur nom, prénom, date de naissance, je compare au bracelet et au dossier, afin d'éviter de confondre les patients. »</i>	<i>« Quand le patient en fait, il a toute sa tête il est psychonanin qui lui fait répondre aux questions simplement on a une check-list en fait. On lui demande des présenter, s'il a des allergies, savoir pourquoi il est hospitalisé, on pose toutes ces questions-là, allergie, s'il a été déjà opéré, s'il a des plaques des vis, du matériel dans le corps. »</i>	<i>« Alors euh nous aux urgences, il y a une partie des infirmiers qui font de l'accueil mais tout le monde n'est pas formé à l'accueil, mais on travaille en binôme avec l'aide-soignant d'accueil et c'est vrai où c'est là que ce font les entrées au niveau des admissions que ce soit les patients qui viennent tout seul suivant qu'ils viennent avec les pompiers, les ambulances, le SMUR donc l'entrée est faite au niveau des admissions puis après nous on est les premières personnes de l'hôpital avec lesquels le patient à un contact. Et donc c'est vrai que même avant de demander le problème de santé je commence à demander l'identité des gens pour être sûr que l'entrée administrative a bien été effectuée. »</i>	Ide n°1 : elle vérifie entre les dires du patient et le bracelet d'identification.	Ide n°2 : elle parle d'une check-list, un autre outil d'identification. Ide n°3 : demande l'identité avant tout, service des admissions à l'entrée des urgences => facilite le travail en équipe entre les soignants et le personnel administratif des admissions, faciliter pour les patients de faire leurs admissions ils peuvent être accompagnier par les soignants dans cette démarche.

<p><u>3/la Confidentialité</u></p> <p>Comment préservez-vous la confidentialité du patient lors de l'identification des patients ?</p>	<p>« Le patient est souvent seul dans la chambre, mais s'il y a un voisin on fait sortir le voisin. »</p>	<p>« Ah la la, ben en général lorsqu'ils arrivent par l'accueil du PTMC, c'est vrai qu'on fait pas trop attention à ça en fait, j'avoue c'est un manquement après c'est que le soir après 18 heures que la salle d'accueil du PTMC est fermée du coup on est tout seule avec le patient parce qu'il passe par l'accueil du bloc des urgences et là il n'y a pas de personne autour c'est vrai que c'est plus respecter à ce moment-là. »</p>	<p>« Je ne la respecte pas, parce qu'on est à là à l'accueil de tous les patients soient en attente ou ceux qui sont en attente de nous voir du coup on fait on fait épeler le nom à la personne alors que c'est quelqu'un et si la personne entend mal on va être obligé de se mettre à parler fort plus donc aucun respect de la confidentialité avec la configuration des urgences. »</p>	<p><u>Ide n°1</u> : elle dit faire sortir le voisin pour respecter la confidentialité.</p> <p><u>Ide n°2</u> : elle dit ne pas faire trop attention à l'accueil du PTMC mais la respecte plus à l'accueil du bloc des urgences</p> <p><u>Ide n°3</u> : il dit qu'il ne respecte pas la confidentialité à cause de la configuration des locaux du service des urgences.</p>	<p>Pour respecter la confidentialité, il est à noter l'importance de la configuration de l'endroit où on accueille les patients.</p>
<p><u>4/ La vigilance</u></p> <p>La vigilance est -elle un élément essentiel de votre profession ?</p>	<p>« Essentiel non, sécurisant oui. »</p>	<p>« Oui, elle est indispensable. »</p>	<p>« Ah ben c'est important oui, on voit bien avec l'hémovigilance, l'identitovigilance, la matériovigilance. En effet, il faut être vigilant, on est autour du patient et de leur santé. »</p>	<p><u>Ide n°1</u> : elle ne trouve pas la vigilance essentielle mais sécurisante.</p> <p><u>Ide n°2</u> : elle l'a trouvée indispensable.</p> <p><u>Ide n°3</u> : il trouve la vigilance importante car on s'occupe de patient et de leur santé.</p>	

<p><u>5/ La sécurité</u> L'identitovigilance assure-t-elle la sécurité du patient ?</p>	<p>« Surtout pour éviter les erreurs de patients, dans mon service nous n'avons que 13 patients reste un minimum de 3 semaines on apprend donc à les connaître. On sait plus facilement le moyen de vérifier à qui on a à faire. J'ai souvenir d'un patient ouvert à tort au genou. »</p>	<p>« Du coup ça permet aux patients d'euh, ça permet la continuité des soins dans le sens quand ils changent ou s'il est amené à changer de service et tout. Comme il y a son nom, son prénom, sa date de naissance son assimilés à un numéro qu'on appelle numéro IPP. Grace à ça en fait après quand on a étiqueté que ce soit des bons, des prises de sang, quand il va passer des examens, de la radiologie et où il est transféré dans un autre service c'est ce qu'on va regarder et euh s'il y a des homonymes des choses comme ça, ça permet de faire une différenciation entre deux homonymes, éviter les erreurs. »</p>	<p>« est-ce que la sécurité est essentiellement oui pour la traçabilité des soins faire le bon soin à la bonne personne donc c'est vrai que nous on a quand même notre secteur réservé avec les patients avec lesquels on fait les entrées donc c'est vrai il faut on a fait connaissance on va revenir faire d'autres soins à la personne et pas forcément vérifier l'identité à chaque fois mais c'est vrai que même sur l'informatique pour la traçabilité des soins on a intérêt à faire attention parce que c'est vrai en forme informatiser un clic un droit un clic droit gauche ça va vite on a tracé sur un dossier par erreur le soin qui a été fait ou des mauvaises constantes il faut s'en apercevoir et on peut plus le corriger c'est pas ce qu'il y a de plus pratique avec notre logiciel. »</p>	<p>Ide n°1 : elle dit que la sécurité sert surtout à éviter les erreurs de patients.</p>	<p>Ide n°2 : elle parle de la continuité des soins, du numéro IPP et des homonymes. Ide n°3 : il parle de la traçabilité des soins sur informatique, les erreurs peuvent être rapide un clic et on se trompe. La difficulté vient aussi du fait qu'il est pas pratique de corriger avec le logiciel.</p>
---	---	---	---	--	---

<p>6/ La traçabilité Après la pose d'un bracelet au patient comment tracez-vous cet acte ?</p>	<p>« Je le mets dans la feuille de synthèse de soins. Et j'indique si le port du bracelet s'est fait avec consentement ou sans consentement. »</p>	<p>« Dans le dossier de soin du patient, il faut inscrire comme quoi il a été posé par qui tu signe ton nom ta fonction. »</p>	<p>« ...c'est vrai que même sur l'informatique pour la traçabilité des soins on a intérêt à faire attention parce que c'est vrai en forme informatiser un clic un droit un clic droit gauche ça va vite on a tracé sur un dossier par erreur le soin qui a été fait ou des mauvaises constantes il faut s'en apercevoir et on peut plus le corriger ce n'est pas ce qu'il y a de plus pratique avec notre logiciel. »</p>	<p>Les deux infirmières tracent le port du bracelet dans le dossier de soin papier, tandis que l'infirmier le trace dans le dossier patient informatisé.</p>	
<p>7/ Les risques Quels sont les facteurs de risque potentiel ?</p>	<p>« Le manque de question de l'équipe, l'absence d'identification de l'individu qui n'est pas en mesure de répondre à une question et qui est inconnu du service. »</p>	<p>« Après c'est vrai qu'il faut s'adapter en fonction des services. Euh C'est vrai que c'est important d'avoir les bonnes étiquettes le bon dossier et de tout façon après moi je dirais ce qui est important c'est le soignant avant tout qui doit être vigilant à ce niveau-là et il doit absolument vérifier que son numéro, son étiquette patiente correspond bien au</p>	<p>« Ça peut être deux personnes qui ont le même nom. Ces des nouvelles au téléphone avec des personnes qui ont le même nom, il y a madame Durand et madame Durand, il y en a une qui s'appelle Thérèse et l'autre Marie-Thérèse il peut y avoir des oui on s'en aperçoit vite des nouvelles données au téléphone par exemple et on donne des nouvelles de la mauvaise dame, et la personne au bout du fil va nous dire elle ne</p>	<p><u>Ide n°1</u> : elle parle du manque de questions de l'équipe et l'absence d'identification. <u>Ide n°2</u> : elle dit qu'il faut s'adapter en fonction du service mais que le soignant doit être vigilant et vérifier la concordance des informations avec les documents (étiquettes, dossier). <u>Ide n°3</u> : il dit se servir du numéro d'IPP parce que ça va plus vite que de faire épeler le nom, le prénom.</p>	<p><u>Ide n°3</u> : il parle des erreurs d'identités que l'on peut faire quand on donne des nouvelles d'un patient au téléphone. Les erreurs d'identités peuvent concerner le secret professionnel en donnant des informations d'un autre patient comme l'exemple de l'Ide n°3.</p>

		<i>patient en question ».</i>	<i>vient pas pour ça. Ah attendez je vais voir à ben oui non. Après j'ai pas de cas d'erreur grave souvent quand il y a un problème enfin ou un doute on fait épeler ou a toujours en plus le numéro d'IPP donc le numéro d'identification patient qu'on utilise souvent et donc euh quand on cherche un patient sur l'informatique on va se servir du numéro d'IPP parce que limite ça va être plus rapide que de demander à l'interlocuteur d'épeler le nom de dire le prénom de donner sa date de naissance ou quoi on peut utiliser ce numéro là en plus c'est un numéro individuel. »</i>		
8/ <u>La gestion des risques</u> Que peux-tu me dire de la gestion des risques ?	« Aucune formation particulière. »	« Elle est indispensable dans la prise en soin du patient, que ouai c'est indispensable car il en va de la sécurité du patient ».	« C'est vrai que nous on vérifiait l'identité avant euh et puis maintenant depuis des années on met des bracelets qu'on mettaient pas avant, c'est vrai que la première réaction des	<u>Ide n°1</u> : dit ne pas avoir eue de formation particulière. <u>Ide n°2</u> : elle considère que la gestion des risques est indispensable pour la sécurité du patient. <u>Ide n°3</u> : il dit qu'avant il ne mettait pas de bracelets.	Ce que j'ai compris c'est que la gestion des risques est un concept nouveau et que certains professionnels ne la connaissent pas.

			<i>gens « oh c'est comme à la maternité » et pour eux un bracelet c'était mis juste pour les bébés. Maintenant on fait ça on le faisait pas avant. »</i>		
9/ <u>L'évaluation des pratiques professionnelles</u> Comment évaluez-vous votre pratique professionnelle concernant l'identification du patient ?	« Au sein de mon service, je finis par ne plus demander car je connais mes patients. En règle générale pour les bilans on doit le faire mais j'avoue que je peux être négligente du fait de mon service. »	« Alors moi je n'ai jamais été confronté à des erreurs d'identification donc euh c'est arrivé une fois il a fallu qu'on rappelle les pré admissions car on avait eu un SAMU et du coup ils c'étaient tromper dans le nom et le prénom, le nom il y avait 2 prénoms et en faites il n'y en avait qu'un, un des prénoms avait été mis dans le nom, c'était une erreur comme ça. Donc du coup il a fallu tout refaire il a fallu tout réétiquette notamment par rapport au groupe sanguin tout ça s'il avait eu transfusion, ça posait euh problèmes, donc du	« Ben euh on est assez pointilleux là-dessus en sachant que ce soit de toute façon adaptable à l'urgence, parce qu'ils y a des patients que l'on prend en charge et qui non pas forcément leur entrée administrative et du coup ben on commence à les prendre en charge sans identité avérée sur le dossier puisque du coup il est pas créer donc c'est vrai qu'il faut une continuité comme il y a plusieurs acteurs qui rentre en jeu que ce soit l'admissionniste, l'infirmier d'accueil ou l'infirmier qui va commencer à prendre en charge mais c'est vrai on va toujours privilégier le soin surtout si il est urgent et dans un second temps	<u>Ide n°1</u> : elle avoue pouvoir être négligente du fait de son service. <u>Ide n°2</u> : elle nous parle d'erreur d'identité pouvant entraîner des accidents graves au niveau de la transfusion. Il convient de refaire l'admission.	<u>Ide n°3</u> : il dit que dans le service des urgences, on peut prendre en charge le patient sans l'avoir identifié. On va privilégier le soin surtout s'il est urgent et la santé de la personne. On peut donc accompagner une personne soignée sans connaître son identité dans des situations de crises ou des urgences vitales pour le patient.

		<i>coup il a fallu tout reprendre. »</i>	<i>vérifier l'identité de la personne et c'est vrai que de toute façon on préfère bien soigner avec la mauvaise identité. Le plus urgent ça va être la santé de la personne »</i>		
10/ Le bracelet n'est-il pas trop stigmatisant ?	« Non. »	« Non, après c'est comme pour tout il faut l'expliquer à partir du moment qu'on l'explique les gens comprennent ».	« On en a tellement, tellement l'habitude, après moi si les gens ils ne le veulent pas, pas de problème pour moi ils ont tout à fait le droit de refuser, c'est pas de ce qu'il y a de plus voyant. Ici les gens ils sont en tenue de ville et on leur met une chemise de l'hôpital c'est plus stigmatisant que d'avoir un bracelet autour du poignet. »	<p><u>Ide n°1</u> : elle ne prouve pas le bracelet stigmatisant.</p> <p><u>Ide n°2</u> : elle dit que c'est comme tout, il faut l'expliquer au patient.</p> <p><u>Ide n°3</u> : il pense que le patient à le droit de refuser et que de mettre une chemise de l'hôpital à tout le monde est plus stigmatisant.</p>	Je suis d'accord avec l'ide n°3, le fait de mettre une chemise de l'hôpital est plus stigmatisant que le bracelet d'identification mis au poignet.
11/ <u>Les enjeux</u> Quels sont pour vous les enjeux de l'identitovigilance ?	« Enjeux de sécurité pour éviter toute erreur en raison d'un problème d'identité. »	« D'assurer la sécurité du patient. »	« Ben ça fait partie du soin c'est fait pour obtenir aussi euh parce que il y a une certaine traçabilité par rapport aux différents épisodes des patients c'est vrai qu'une personne qui n'est pas en état de parler mais qu'on a sa	<p><u>Ide n°1</u> : elle dit que l'enjeux est la sécurité pour éviter les erreurs dues à l'identité.</p> <p><u>Ide n°2</u> : Elle dit que l'enjeux est la sécurité du patient.</p>	Pour 2 ide, l'identitovigilance assure la sécurité du patient. Pour le troisième elle assure la qualité avec une meilleur prise en charge.

			<p><i>bonne identité on peut toujours avoir un recueil de données par rapport à ces antécédents à ce qui a déjà été fait. Ça va participer à une bonne prise en charge du patient. »</i></p>	<p><u>Ide n°3</u> : pour lui ça fait partie du soin et ça permet une meilleure prise en charge.</p>	
--	--	--	--	---	--

VIII. Grille d'analyse n°2 :

Thèmes et sous thèmes	Aide-Soignant n°1	Médecin n°1	Divergences/convergences	Eléments nouveaux : concepts/ savoirs. Réflexions.
<u>1/L'Identitovigilance</u> Qu'est-ce que l'identitovigilance représente pour vous ? Quels sont ces objectifs ?	<i>« Sécurité responsabilité envers le patient. Ne pas faire de bêtise, ne pas donner le mauvais médicament, lui mettre une mauvaise pathologie qui ne serait pas la sienne. »</i>	<i>« C'est une vigilance de l'établissement mais ce n'est pas une vigilance réglementaire au stricto sensu c'est-à-dire que c'est une vigilance que l'on identifie en tant que t'elle mais dans les textes réglementaires nationaux elle n'appartient pas aux vigilances sanitaires. A l'hôpital c'est identifié et on la considère comme telle. »</i>	<u>AS n°1</u> : pour lui, c'est une sécurité, une responsabilité envers le patient pour éviter les erreurs.	<u>Médecin n°1</u> : L'identitovigilance ne fait pas partie des vigilances sanitaires réglementaires. J'ai compris que l'identitovigilance dépendait de la politique de gestions des risques mise en place par certains établissements de santé.
<u>2/L'identification</u>	<i>« L'interrogatoire et le premier moyen pour demander</i>	<i>« Tous les patients en MCO (médecine, chirurgie et</i>	<u>AS n°1</u> : il dit que l'interrogatoire est le premier	<u>Médecin n°1</u> : il dit que tous les patients des services de

Dans ton contexte professionnel comment voit 'tu l'identification ?	<p><i>l'identification au patient, mais ce n'est pas toujours possible. Eventuellement demander aux pompiers si le patient a été emmené par eux, après si le patient est alité et aphone, ça devient difficile.</i></p> <p><i>Ils sont identifiés sous un numéro précaire. Cette identification commence par le mot urgence et un numéro suivant l'heure d'arrivée de patient, cela arrive souvent pour des patients évanouis ou dans un état d'ébriété ou de toxicologie avancé. C'est une situation qui se présente essentiellement aux urgences. »</i></p>	<p><i>obstétrique) ; pour les patients de psy, le bracelet est mis après avis médical, donc facultatif et systématiquement quand ils viennent faire des examens sur l'hôpital ; les patients âgés long séjour peuvent avoir une espèce de dérogation et ne l'on pas systématiquement ce d'autant plus que les bracelets les blessent.</i></p>	moyen pour identifier un patient mais que dans le service des urgences certains patients sont non communiquant, inconscients, alcoolisés ou drogués. Ils sont identifiés avec un numéro précaire.	médecine, chirurgie et obstétrique doivent porter un bracelet d'identification. Pour les patients des services psychiatriques, il est mis après avis médical et est systématique lors de réalisation d'examens. Les patients en long séjour peuvent bénéficier de dérogations, et ce d'autant plus que les bracelets les blessent.
<u>3/la Confidentialité</u> Comment préservez-vous la confidentialité du patient lors de l'identification des patients ?	<p><i>« C'est toujours assez difficile aux urgences, néanmoins on essaie de ne pas parler trop fort, de ne jamais révéler l'identité des patients fort, il pourrait y avoir des conflits entre différents patients, des conflits conjugaux en cours comme c'est déjà arrivé. Mais au urgences la situation peut s'avérer compliquée car on ne peut pas faire sortir les gens. »</i></p>		<u>AS n°1</u> : il rencontre des difficultés dans la confidentialité en lien avec la configuration des locaux et de la typologie de son service.	

4/ La vigilance La vigilance est -elle un élément essentiel de votre profession ?	« <i>C'est une obligation d'autant que mon poste se trouve en début de la chaîne.</i> »			
5/ La sécurité L'identitovigilance assure-t-elle la sécurité du patient ?	« <i>Je pense que même si elle ne fait pas tout, elle y contribue. Pour éviter les mauvais actes, les mauvais gestes en raison d'une mauvaise interprétation.</i> »			
6/ Les risques Quels sont les facteurs de risque potentiel ?	« <i>Par ses antécédents éventuellement si j'arrive à en prendre connaissance, on en revient à l'identification sans laquelle on ne peut prendre connaissance des antécédents fiables du patient.</i> »			
7/ La gestion des risques Que peux-tu me dire de la gestion des risques ?	« <i>A mon niveau, je n'ai pas connaissance de ce type de procédure.</i> »	« <i>Oui, il y a un petit chapitre dans le livret livre d'accueil des patients et des affiches aussi.</i> »		<u>Médecin n°1</u> : il me dit qu'il existe un petit chapitre sur l'identitovigilance dans le livret d'accueil du patient et des affiches d'information sont mises en place.
8/ L'évaluation des pratiques professionnelles Comment évaluez-vous votre pratique professionnelle concernant l'identification du patient ?	« <i>Je pense faire le maximum et je considère cela comme une obligation, en fait à partir du moment où nous avons les étiquettes SIGMA d'identification, le deuxième acte est de poser un bracelet. C'est devenu un automatisme dans le service.</i> »			

9/ Le bracelet n'est-il pas trop stigmatisant	<p><i>« C'est difficile, car on nous apprend la confidentialité le secret professionnel, et on a des patients qui se promènent avec leur identité inscrite sur un bracelet. Cela reste stigmatisant, néanmoins pour le moment cela reste le seul moyen d'identifier le patient. »</i></p>		<p><u>AS n°1</u> : pour lui un paradoxe existe entre le secret professionnel et les patients porteur de leur identité sur un bracelet. Néanmoins, le bracelet reste le seul moyen d'identifier le patient pour le moment.</p>	
10/ <u>Les enjeux</u> Quels sont pour vous les enjeux de l'identitovigilance ?	<p><i>« La sécurité dans la prise en charge du patient, un confort et une responsabilité notoire moins à même d'être engagée. Je me demande comment on faisait avant avec les patients dont on ignorait tout. »</i></p>	<p><i>« Il y a un énorme enjeu à venir qui sont les GHT (groupement hospitalier de territoire) dans la loi avec un convergence des systèmes d'informations qui doivent être communiquant à partir de 2018 et donc il va y avoir un gros enjeu d'identification des patients, d'annuaires des patients et de règles d'identitovigilance parce que il ne faut pas se tromper. Les enjeux de l'identitovigilance c'est le bon soin au bon patient et au bon moment. »</i></p>	<p><u>AS n°1</u> : pour lui, l'enjeu est la sécurité dans la prise en charge du patient.</p>	<p><u>Médecin n°1</u> : il nous parle des GHT, la santé de demain avec une convergence des systèmes d'informations hospitaliers qui doivent être communiquant en 2018.</p>

Résumé de recherche

Ce travail aborde le thème de l'identitovigilance. Cette technique d'identification a pour but de réduire les événements indésirables et les accidents de gravité variable, tels que les erreurs médicales, médicamenteuses ou chirurgicales. Lors de toutes les activités des soignants, médicales et paramédicales, lors de la réalisation des examens complémentaires, et à chaque transfert du patient, l'identitovigilance est un pré requis indispensable pour garantir la sécurité des soins. L'identitovigilance est une culture à développer dans la gestion des risques pour tous les établissements de santé tant au niveau national qu'international.

En France, la sécurité est un droit du patient, à toutes les étapes de son parcours de soin. La personne soignée doit être correctement identifiée et sécurisée pour garantir la délivrance du bon soin au bon patient. Cependant, lors de mes stages, j'ai pu constater des disparités dans la gestion de l'identification des personnes soignées et dans l'utilisation du bracelet d'identification. Ces différences de pratiques d'identification sont inhérentes à la typologie des services, des patients mais aussi des professionnels de santé, certains d'entre eux estiment la démarche systématique d'identification stigmatisante.

Quels sont les facteurs et les enjeux de l'identitovigilance ?

L'identification du patient fait incontestablement partie intégrante du soin. Avec la traçabilité, l'identitovigilance relève du rôle propre infirmier. Celui-ci peut s'inscrire dans une dynamique et être un élément moteur au sein d'un travail d'équipe concernant ce moment primordial de la prise en charge d'une personne soignée. Il en ressort que l'infirmier, de par sa formation, a toutes les compétences pour apporter une réflexion et mettre en place l'élaboration de protocoles pour améliorer l'identification du patient. Ma question de recherche est la suivante :

En quoi le processus d'identitovigilance comme relation soignant-soigné influence la qualité et la continuité des soins ?

Mots clés : Identitovigilance - Sécurité - Risques - Gestion des risques - Qualité et Continuité des soins - Traçabilité.