



Chapitre 106

Identitovigilance aux Urgences : un combat de tous les jours

C. SAGLIETTO

Points essentiels

- L'identitovigilance est au cœur de la prise en charge des patients, elle intervient tout au long de leur parcours de prise en charge.
- Entrer dans la démarche de sécurisation de l'identification du patient nous révèle une grande complexité.
- L'environnement d'un secteur d'accueil des urgences est particulier, on y retrouve un concentré des situations les plus critiques et porteuses de risques.
- La gestion d'un processus tel que l'identitovigilance nécessite une approche globale, coordonnée et pilotée institutionnellement.
- La formation des professionnels et la communication vers les usagers sont un facteur de réussite.
- Le travail d'analyse du processus et de ses interfaces, visant à élaborer des procédures adaptées est fait en groupe pluridisciplinaire.
- Une connaissance aigüe du travail réel et des spécificités de la prise en charge des patients est garante de l'opérationnalité de la démarche et par conséquent du degré d'appropriation du dispositif par les professionnels.
- La mobilisation nécessite d'être entretenue au quotidien, le rôle de l'encadrement soignant et médical est majeur.

Correspondance : CHU de Nice – Hôpital de CIMIEZ, Direction des soins, 4, avenue Reine Victoria, 06003 Nice cedex 1. Tél. : 04 92 03 46 70.
E-mail ; saglietto.c@chu-nice.fr

1. Introduction

L'identitovigilance est un système de surveillance, de prévention et de gestion des erreurs liées à l'identification des patients tout au long de leur prise en charge. Ce n'est pas une vigilance réglementaire, cependant elle fait l'objet de nombreuses recommandations. Son intégration dans les référentiels d'accréditation puis de certification par la Haute Autorité de Santé en fait une thématique prioritaire pour les établissements de santé.

2. S'impliquer dans l'identitovigilance nous met face à une grande complexité

L'identitovigilance a initialement été abordée suite à des incidents du processus transfusionnel. Les erreurs d'identification du patient représentaient en 2011, 28 % des déclarations des événements indésirables graves (EIG) de la chaîne transfusionnelle (1).

Lors d'incidents liés aux soins, l'erreur d'identité apparaît de façon récurrente. Ces dernières années, nous avons œuvré pour sécuriser différentes prises en charge à risque comme la transfusion de produits sanguins, l'administration médicamenteuse, la chimiothérapie, sans réellement considérer l'identitovigilance comme un processus à part entière.

Aujourd'hui, en partie parce que nous y sommes contraints, nous travaillons tous sur la sécurisation de l'identification du patient et plus nous y travaillons, plus sa complexité nous apparaît.

Pour le patient, individu unique, porteur d'une identité qui lui est singulière, n'est-ce pas la moindre des choses que d'être sûr qu'à tout moment c'est bien de lui dont il s'agit ? Depuis l'enfance, il est naturel à dire son nom et son prénom, il y a également comme une évidence à estimer que les soignants savent.

Cette « évidence » a probablement contribué à banaliser ce premier acte de soins.

La Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization et l'Organisation Mondiale de la Santé ont émis des recommandations en 2007 (2), elles portent sur des précautions simples et accessibles à tous. Cette problématique peut donc être qualifiée d'universelle.

Extrait

Plan en neuf points, dont :

- Identification des patients grâce à une standardisation des méthodes d'identification, et à leur participation dans cette identification.*
- Communication durant le transfert des patients via des protocoles standardisés de communication des informations vitales des malades transférés.*

Recommandations :

L'utilisation de procédure concernant la vérification de l'identité.

Le choix de 2 identifiants obligatoires, n° de chambre interdit.

L'utilisation d'un bracelet d'identification.

L'implication des patients dans la stratégie de prévention du risque.

Nous sommes ainsi tous confrontés aux mêmes problèmes. Mais alors, puisque des règles et des précautions simples sont proposées et applicables, pourquoi sommes-nous encore face à des erreurs d'identification ?

3. L'identitovigilance au sein d'un service d'accueil des urgences

L'identitovigilance est au cœur de la prise en charge des patients, elle intervient tout au long de leur parcours de prise en charge. Pour une partie d'entre eux, ce parcours débute au service d'accueil des urgences.

L'accueil des urgences est, dit-on, la vitrine d'un établissement de santé, l'image qu'il donne est déterminante pour le développement de la confiance des usagers. Leur satisfaction est majoritairement axée sur le délai d'attente qui doit être court, négligeant parfois toute autre considération sauf si une erreur venait à survenir.

Pour l'usager de soin, au-delà du traitement rapide de son problème il y a probablement le souhait de ne pas rester plus que nécessaire confronté à ce milieu stressant.

Tout peut y arriver, de la simple « bobologie » à des accidents ou des pathologies graves, des situations sociales difficiles, des histoires invraisemblables, des drames humains. On y côtoie la souffrance, l'angoisse, l'agressivité, la détresse. On y voit la pauvreté, des corps meurtris, des images habituellement évitées.

Cet environnement interfère sur la façon dont vont se comporter les personnes accueillies. Il intervient également dans les conditions d'exercice des professionnels, tant sur leurs capacités et tolérance psychiques que sur leurs pratiques professionnelles.

La sécurisation de l'identification du patient est un combat de tous les jours car l'environnement d'un service d'accueil des urgences est particulier et complexe.

Quels sont donc les différents éléments, les diverses zones de vulnérabilités qui font la particularité de ce contexte ?

En matière d'identitovigilance, quels sont les risques ? Quels sont les évènements indésirables qui peuvent survenir ?

4. L'environnement d'un service d'accueil des urgences adulte

Attachons-nous dans un premier temps à décrire quelques éléments du contexte. Celui-ci peut être caractérisé par la population accueillie et l'exercice des professionnels (individuel et collectif).

4.1. La population accueillie, ou le facteur patient

1. Le niveau de gravité des pathologies, de l'état du patient suite à un accident par exemple, le niveau de stress du patient et de sa famille ont un impact sur leur réponse à la demande de vérification.

Les personnes sont obnubilées par le problème médical, et cela peut sembler légitime. Ils sont à ce moment-là, peu sensibles à la sécurisation de leur identité, ce n'est pas « le » problème pour elles. Elles peuvent alors être peu coopérantes aux vérifications et aux demandes de documents d'identité.

Par ailleurs, le niveau de conscience du patient ainsi que son état physique et psychique vont interférer sur sa capacité à décliner son identité.

Un patient porteur d'un handicap mental sévère est amené en zone d'arrivée couchée, il est adressé par une institution pour état de mal épileptique, l'ambulancier remet le courrier du médecin et sa carte vitale sans photo... Comment faire la vérification d'identité face à ce patient non interrogeable et sans document d'identité ?

Le niveau élevé d'urgence peut entraîner un décalage entre la prise en charge médicale et la prise en charge administrative, cet aspect est en lien avec le facteur organisationnel.

Ça bouchonne en zone d'arrivée couchée, pour accélérer le travail l'agent administratif met le bracelet d'identification aux patients. Les étiquettes sortent, il en colle une sur le bracelet puis va en salle et demande vous êtes bien M^{me} X ? À la réponse « oui », il met le bracelet sans vérification de concordance [...il faut activer, tout a été rentré c'est forcément ok, il sera toujours temps de voir ça après, pour l'instant c'est l'embouteillage et ça commence à s'agiter...].

Du retard dans les étiquettes ? La patiente doit être sortie de zone d'accueil, le bracelet est mis et on note son nom au feutre en attendant les étiquettes...

2. La situation sociale est un élément prégnant. La dégradation observée depuis quelques années entraîne une augmentation des usurpations d'identité.

Parmi les nombreux cas de figure ceux des personnes en situation de marginalité, sans domicile fixe, toxicomanes qui se présentent de façon agressive, violente, en imprégnation éthylique.

La position géographique de l'établissement majore les difficultés liées à la situation sociale du fait de la problématique des populations migrantes. Au-delà

de la marginalité, entrent en jeu la présence en situation irrégulière sur le territoire, l'absence de couverture sociale, de domicile, de ressources.

Pour ces patients la prise en charge médicale prime sur le risque encouru par une usurpation d'identité, ou par l'absence d'identité. Il est considéré comme acceptable, par rapport à celui de devoir payer, de ne pas pouvoir être soigné et la peur d'être dénoncé...

« Vous avez pas besoin de savoir qui je suis ! Vous me soignez et puis c'est tout ! »

Dans ce contexte, la vérification de l'identité peut être vécue comme un contrôle policier. La communication avec les patients est alors primordiale pour rappeler les règles de sécurité et rassurer sur les missions de soins. Cependant l'agressivité de certains d'entre eux rend la tâche difficile, voire impossible aux soignants.

La structuration de l'identitovigilance avec ses exigences peut être perçue comme une difficulté pour les équipes des urgences, une contrainte qui engendre un accueil supplémentaire dans la relation avec ce type de patients.

Au quotidien, il est nécessaire de déployer beaucoup de tact et d'intuition pour gérer certaines situations administratives. La mission relève alors de la pédagogie pour expliquer la démarche et amener la personne à adhérer.

À l'accueil administratif, une dame présente sa carte vitale, elle n'a pas de document d'identité, la carte vitale n'a pas de photographie. Lorsque l'agent administratif lui demande de préciser son adresse elle montre la carte et dit « mais c'est marqué la dedans »... Suspicion d'usurpation d'identité... Séance d'explication, pourquoi est-ce dangereux de se « tromper » d'identité ?

4.2. L'exercice des professionnels

Les soignants qui exercent dans un secteur d'accueil des urgences sont confrontés à de nombreux facteurs de vulnérabilité.

La tension émotionnelle qu'un professionnel peut ressentir face aux situations de soin, à la suite d'un épisode d'agressivité ou de communication conflictuelle avec le patient et sa famille peut entraîner une fatigabilité accrue. De même chaque soignant doit gérer le stress lié à la pression exercée par la nécessité de prendre en charge rapidement et efficacement les personnes, notamment lors des pics d'activité.

Ces problématiques individuelles, liées aux capacités de chacun, sont mises en jeu dans l'équilibre et le fonctionnement de l'équipe.

Ainsi l'ambiance de travail, élément important de la qualité de vie au travail, est dépendante des professionnels eux-mêmes, de leurs interrelations, de la gestion de l'équipe par l'encadrement, mais aussi des patients présents (pathologies, nombre, demandes, histoire), de la présence policière éventuelle, etc.

Selon leur niveau ces éléments vont contribuer à un « bien être » des soignants, ou à l'inverse à une dégradation de leur maîtrise, de leur concentration et de

leur vigilance avec une interférence sur leurs décisions et leurs pratiques professionnelles.

Les règles de sécurisation peuvent alors être contournées, non appliquées, sous des arguments divers, notamment du fait de la surcharge de travail et de la notion d'urgence vitale.

Autre élément du contexte, l'équipe pluridisciplinaire et ses nombreux partenaires.

L'exercice professionnel en secteur d'accueil des urgences est éminemment pluridisciplinaire. L'équipe, selon la taille de l'établissement peut être nombreuse, nécessitant collaboration et coordination entre les différents acteurs et partenaires impliqués dans le parcours du patient, qu'ils soient internes, externes, inter-établissement, etc.

La gestion des interfaces représente une problématique à part entière, de leur régulation dépend la fluidité et la qualité du parcours du patient.

Le panel des différents métiers intervenant sur ce parcours met également en évidence la nécessité de partager les mêmes objectifs et de comprendre, à défaut de partager parfois, les contraintes et enjeux de chacun des acteurs, exerçant tous au service de la prise en charge du patient.

Cependant, mieux collaborer en interne peut être organisé et rendu possible par des moments d'échange, des réunions de travail. Cela reste plus compliqué avec les partenaires extérieurs tels les ambulanciers privés, les sapeurs pompiers, ou bien les structures externes comme les maisons de retraite et les différents établissements du bassin de recrutement.

Enregistrement par l'agent administratif : présentation des documents par les ambulanciers, ils sont pressés, ce qui importe est que tout soit en ordre pour la prise en charge : carte vitale, carte de mutuelle et adresse. Tout est ok... « La CNI ? Tu crois que les gens pensent à leur pièce d'identité pour venir à l'hôpital ? »

L'agent administratif est déjà occupé, l'ambulancier est un habitué « allez s'il te plaît il faut que je parte... ». Il s'interrompt, passe à un autre patient, puis reprend sa tâche, plusieurs planches d'étiquettes sortent... Danger...

5. En matière d'identitovigilance, quels sont les risques ?

En premier lieu, parlons des enjeux, ils sont de plusieurs ordres.

D'une part, la sécurisation de l'identification du patient avec la notion de « bon soin pour le bon patient » et celles des « bonnes données médicales au bon patient ». Ainsi, il faut être assuré qu'il s'agit du bon patient mais également que ses données médicales sont bien parties intégrantes du dossier identifié à son nom.

D'autre part, l'enjeu représenté par l'exhaustivité de l'activité et de la facturation permettant de répondre aux impératifs de financement de l'établissement. La saisie des données est éminemment sensible, toute erreur d'identification peut compromettre la facturation du séjour. Dans le contexte de tension financière que vivent nombre d'établissements de santé, cet enjeu est de taille et le risque financier réel.

En lien avec les éléments précédents citons le risque juridique. Les conséquences d'un évènement indésirable (EI) peuvent amener un patient à porter plainte et déclencher une mise en jeu de la responsabilité de l'établissement. Par ailleurs, pour exercer ses droits à l'information, le patient doit pouvoir accéder à son dossier et à ses données médicales. Cela peut être compromis en cas d'erreur d'identification.

En parallèle, il faut également considérer l'impact négatif d'un EI suite à une erreur d'identification du patient, en terme d'image sur l'établissement et donc sur la communauté professionnelle. Le risque est alors celui de la perte d'activité, les patients victimes d'un EI préférant s'adresser à un autre établissement.

Ces conséquences portant sur l'image, la confiance, la judiciarisation peuvent être amoindries, lorsque l'évènement est survenu, par une annonce du dommage, annonce fait dans les règles de l'art ; ceci est un autre sujet.

Au total, les risques sont donc d'ordre médical, financier et juridique.

Le patient est au centre de ces enjeux, usager de soin, client de la structure.

D'un côté les soins qui doivent lui être dispensés, les divers examens, les traitements médicaux, chirurgicaux, etc.

De l'autre, leur traçabilité, sous forme de compte rendus, de résultats, utiles à l'efficacité et à la qualité de sa prise en charge médico soignante mais également à la facturation de son séjour et donc indispensables aux recettes de l'établissement.

Ces enjeux et les risques qui en découlent peuvent bien entendu être déclinés à la prise en charge en service d'accueil des urgences (SAU). La notion de temps y est prégnante et intervient sur l'ensemble des processus, cohabitant avec l'obligation d'efficacité et d'efficience.

Il s'agit d'assurer rapidement et efficacement la prise en charge médicale (diagnostic, mise en route de la thérapeutique, surveillance) en toute sécurité : le bon soin pour le bon patient ; en gérant le parcours du patient (pas de perte de temps, pas de perte de chance) et en régulant les flux : réduction du délai d'attente pour les nouveaux patients, gestion de la charge de travail dans les zones de soin... Sans oublier une saisie exhaustive des données pour permettre une facturation optimale.

6. Quels sont les événements indésirables qui peuvent survenir ?

De nombreux EI peuvent trouver leur origine dans une erreur d'identification du patient.

1. L'erreur de patient

Elle peut entraîner un dommage suite à une administration médicamenteuse, un prélèvement sanguin (immunohématologique notamment), un examen radiologique, un geste interventionnel, etc. Son potentiel de gravité est accru au SAU car une erreur non détectée à l'admission d'un patient, en urgence, va pouvoir entraîner des conséquences sur la suite de son parcours.

Il s'agit presque toujours d'une erreur par absence de vérification, par demande d'identification non conforme, en faisant par exemple confirmer l'identité au patient.

Il peut s'agir d'une usurpation d'identité et dans ce cas seuls les résultats immunohématologiques du patient confrontés à ceux du patient usurpé, déjà présent dans le système d'information peuvent mettre l'usurpation en évidence.

Des erreurs de patient peuvent survenir en cas d'homonymie. Les recommandations sur le recueil de 5 éléments de l'identité permettent de sécuriser les données dans la grande majorité des cas. Les homonymies complètes sont rares mais existent et sont alors mises à jour avec le recueil du lieu de naissance. Selon la région, certains noms de famille sont à risque et réclament une grande vigilance de la part des professionnels.

L'erreur de patient peut provoquer une perte de chance par retard de prise en charge et ceci est d'autant plus critique s'il s'agit d'une prise en charge en urgence.

Une personne arrive au SAU avec son fils, cette dame se nomme MARTIN Paulette, elle vient pour des maux de ventre violents, elle a 75 ans.

À son arrivée on lui pose un bracelet d'identification mais comme les étiquettes ne sont pas encore éditées (il y a du monde et l'agent administratif a plusieurs dossiers à admettre), l'infirmier écrit MARTIN au feutre sur le bracelet, elle passe rapidement en zone de soins de médecine.

Une autre dame arrive par l'accueil couché pour un problème de chute avec suspicion de fracture du poignet, elle se nomme MARTIN Ginette, elle a 80 ans. À son arrivée, on lui pose un bracelet d'identification, l'infirmière vérifie l'identité et met l'étiquette en place. Dans l'attente de son bilan radiologique M^{me} MARTN Ginette passe en salle de soins de chirurgie, elle souffre beaucoup.

30 minutes plus tard un brancardier vient chercher M^{me} MARTIN Paulette pour une radiographie sans plus de précision : « M^{me} MARTIN ? »

Elle répond « OUI », et montre son bracelet où est écrit son nom.

« On va passer une radio. »

Son fils l'attend en salle d'attente. À son retour, elle lui dit qu'on lui a fait une radio du poignet, elle ne comprend pas et surtout elle a terriblement mal au ventre, elle a failli se trouver mal en se levant pour passer la radio.

L'erreur de patiente est mise en évidence. Il y a homonymie.

2. Sur le plan administratif, la saisie de l'identité pose des problèmes récurrents en service d'accueil des urgences. Nous avons vu que le contexte y était particulier.

- Erreurs d'orthographe du nom usuel, du prénom.
- Erreurs de date de naissance.
- Absence de nom de naissance pour une personne mariée.
- Inversion du nom et du prénom.
- Attribution d'un dossier informatique erroné en cas d'homonymie.

Il arrive que quelques bizarreries compliquent la tâche...

Que faire lorsque le prénom qui apparaît sur la pièce d'identité est « Aïcha dite Yvonne »... Quand sur la carte vitale apparaît seulement Yvonne...

La règle est de prendre en compte les données portées sur le document officiel d'identité, alors que faire ? Impossible d'entrer l'intégralité dans le système d'information (SIH) et quel prénom choisir ?

Jusqu'à une époque récente, la carte vitale était exclusivement utilisée pour capter les données administratives, mais cet usage est un facteur de risque.

L'expérience montre que les données portées sur la carte vitale comportent fréquemment des erreurs. Elles concernent l'orthographe, la date de naissance. Par ailleurs, plusieurs personnes peuvent y apparaître en tant qu'ayant droit, ce qui peut induire des inversions, faciliter les usurpations d'identité.

Mais, au-delà du problème d'identité, apparaît celui de la prise en compte du séjour par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

Le saviez-vous ? Si l'identité civile, entrée dans le SIH est discordante avec les données de la carte vitale, le séjour ne peut être facturé. Nous sommes là sur une confrontation des enjeux qui nécessite une réelle structuration au sein de l'institution.

La sécurisation de l'identification du patient passe par la saisie des données à partir d'une pièce d'identité avec photographie. Cependant, comme c'est souvent le cas au SAU, en l'absence de document officiel d'identité comment fiabiliser les données ?

Se fier aux dires des sapeurs-pompiers ? Des ambulanciers ?

Vite on enregistre des données non vérifiées avec la personne, données vues sur la porte par les sapeurs pompiers, griffonnées sur un papier par le voisin, sont-elles fiables ? Et pourquoi pas, son voisin le connaît depuis 20 ans !

Se fier aux accompagnants ? Aux compagnons de fête arrosée ?

Il est 21 h, arrivée en déchoquage d'une femme ayant fait une obstruction des voies aériennes supérieures après fausse route dans un restaurant. L'accompagnant interrogé sur l'identité de cette personne donne sans hésitation son nom, son prénom et sa date de naissance. Le fils de cette dame, inquiet de son absence inhabituelle fait appel aux services de police et à la suite se présente au SAU. Après description physique, il est autorisé à pénétrer dans le secteur de soin où il reconnaît sa mère. Il s'avère que son identité est tout à fait différente de celle déclarée, elle est confirmée par un document d'identité avec photo.

Après contact avec l'accompagnant, et garantie de la confidentialité, il s'avère que celui-ci est son amant, il déclare avoir donné une fausse identité pour ne pas divulguer leur relation. Dans la confusion, il n'a pas mesuré le risque encouru pour sa compagne.

7. Face à une identité saisie de façon incorrecte quels sont les risques ?

Si la personne est connue dans le SIH, elle possède déjà un IPP (identifiant permanent patient), la création d'un nouvel IPP va avoir pour résultat de générer un nouveau dossier appelé « doublon ». Les données médicales antérieures deviennent alors inaccessibles.

La perte de l'antériorité peut avoir des conséquences importantes selon la pathologie du patient notamment par l'absence d'information sur ses antécédents, ses traitements. Autre effet, la multiplication des examens radiologiques et biologiques, dont les résultats ne peuvent être retrouvés puisque non annexés au bon dossier. Cet élément est potentiellement critique sur les examens immunohématologiques, la présence de doublons est à l'origine d'évènements graves de la chaîne transfusionnelle.

La mise en évidence des doublons va permettre, après vérification, une fusion des IPP et donc des dossiers informatisés, mais cela n'est pas applicable dans le cadre de l'urgence. La fiabilité des données recueillies, leur saisie minutieuse et vérifiée est donc cruciale au SAU.

Médecins, soignants, administratifs, tous les professionnels sont impliqués dans le recueil et la vérification des données d'identification du patient, la structuration d'une politique de sécurisation de l'identification du patient requiert une approche systémique de cette thématique.

Quelles propositions pour gérer le risque d'erreur d'identification du patient ?

Comment structurer la démarche qualité centrée sur la sécurisation de l'identification du patient ?

8. La sécurisation de l'identification du patient

Le premier constat est le suivant : pour être une réalité, la sécurisation de l'identification du patient doit être impulsée par l'institution et être intégrée au programme global et coordonné de management de la qualité et des risques de l'établissement.

De nombreux écrits ont été produits et nous guident sur les méthodes à mettre en place en vue de gérer ce risque. Cependant, si la structuration de la prévention et de la gestion du risque lié à l'identification du patient est méthodologiquement réalisable, le maintien du niveau de sécurisation est lui plus difficile à obtenir, c'est le deuxième constat. L'expérience montre la nécessité d'un engagement constant des professionnels, un management centré sur la gestion des risques, l'utilisant comme un instrument au service de l'organisation du secteur de soin.

9. La structuration de la prévention et de la gestion du risque lié à l'identification du patient

Comme beaucoup d'établissements de santé, le CHU de Nice s'est engagé dans la structuration de sa politique d'identitovigilance. Dès 2009, nous avons établi un état des lieux et élaboré une démarche institutionnelle de sécurisation de l'identification du patient.

Suite aux investigations menées dans le cadre de l'auto évaluation de la certification V2010, nous avons constaté que l'identification du patient était traitée par différents acteurs, avec une certaine efficacité mais de façon non coordonnée, sans réelle structuration ni politique institutionnelle.

La vigilance était organisée sous deux aspects, déconnectés :

D'une part, la gestion des erreurs d'identification portées dans le système informatique traitées par le Département d'Information Médicale en lien avec les bureaux des admissions,

D'autre part, la surveillance et la gestion des erreurs d'identification suivies dans le cadre des déclarations d'évènements indésirables, mission assurée par la Coordination des Vigilances Sanitaires et de la Gestion des Risques.

La gestion d'un processus tel que l'identitovigilance, éminemment transversal car présent sur l'ensemble du parcours du patient, et faisant intervenir de nombreux professionnels de métiers différents, nécessite une approche globale, coordonnée et pilotée institutionnellement.

La gouvernance de la qualité et de la gestion des risques au CHU de Nice se décline en trois niveaux :

- Le niveau stratégique mené par M. le Directeur Général et M. le Président de la CME, qui décident de la politique qualité et de la gestion des risques, et en définissent la structuration du management, avec l'avis des différentes instances.

- Le niveau de coordination et d’animation mené par la Direction Parcours patient, Qualité, Risques, Évaluation et le coordonnateur de la gestion des risques ; assistés des commissions et des directions fonctionnelles concernées.
- Le niveau de mise en œuvre opérationnelle géré par les pôles au travers des contrats de pôles, et par les groupes de travail constitués de professionnels et d’experts ciblés.

La démarche d’identitovigilance a été conduite par la Direction Parcours patient, Qualité, Risques, Évaluation sous l’autorité de M^{me} Mazard et du P^f Quaranta, en collaboration avec le Département d’Information Médicale, la Direction du Service Informatique, la Direction des Affaires Financières, la Coordination Générale des Soins. Des représentants des pôles cliniques et médicotechniques, médecins, administratifs et paramédicaux ont été sollicités pour participer aux groupes de travail.

L’engagement des pôles dans la dynamique de sécurisation de l’identification du patient a été intégré à la contractualisation « Qualité Risques Évaluation » au sein de l’annexe qualité des contrats de pôles.

Voici de façon synthétique les différentes étapes de la démarche.

9.1. La structuration de la démarche institutionnelle

Elle débute par la définition de la politique d’identitovigilance, déclinée dans la charte d’identification du patient. Il s’agit de border les différents champs tout en les détaillant, en fixant les règles générales en pertinence avec la réglementation et les recommandations, mais aussi en cohérence avec l’organisation.

La mise en place d’une cellule d’identitovigilance complète la structuration, avec un comité de pilotage (COFIL), instance décisionnelle, et une cellule opérationnelle qui comme son nom l’indique est chargée de mettre en œuvre les actions indiquées par le COFIL.

9.2. L’élaboration/réactualisation et la mise en œuvre des procédures et modes opératoires concernant les différentes étapes et acteurs du processus

Le pilotage de cette étape est essentiel. L’analyse du processus et de ses différents sous processus a plusieurs objectifs.

D’une part, la connaissance détaillée des pratiques, du contexte et des interfaces,

D’autre part, la rencontre des professionnels.

L’analyse visant à élaborer des procédures adaptées est faite en groupe pluridisciplinaire. Chaque métier impliqué apporte un éclairage sur les pratiques des professionnels, sur la réalité de l’exercice quotidien, sa complexité notamment dans les interfaces à gérer dans le parcours du patient. Il s’agit également de connaître les contraintes de l’autre en vue d’une meilleure collaboration mais aussi d’une compréhension des enjeux liés à la prise en charge globale du patient. Les

procédures doivent non seulement être applicables mais aussi appliquées. Elles le sont potentiellement si elles prennent en compte le travail réel et démontrent leur opérationnalité.

Le travail sur les interfaces a montré une évidence, celle de faire communiquer soignants et administratifs. De façon très caricaturale on peut décrire les relations d'une infirmière avec un agent administratif du bureau des admissions par une communication téléphonique conflictuelle telle que :

- *Il faut que ce patient nous apporte sa carte d'identité.*
- *Je ne suis pas de la police, moi je soigne !*

Le travail sur les enjeux est apparu essentiel pour que chacun adhère à la démarche d'identitovigilance.

Ces procédures et modes opératoires, décrivant les modalités d'actions administratives et soignantes ont été communiqués à l'ensemble des professionnels, chacun ayant son rôle au décours du parcours du patient dans l'établissement, chacun ayant connaissance du rôle de l'autre et ainsi en mesure de mieux collaborer.

Le déploiement de la mise en œuvre des différentes procédures a été accompagné par des rencontres avec toutes les équipes d'encadrement. Ces moments de présentation et d'échanges ont été très productifs. Au-delà du passage de l'information, les retours d'information émanant du terrain ont apporté de la pertinence à la démarche. Le fait d'aller vers les professionnels, dans leur environnement de travail, a facilité l'acceptation des nouvelles règles.

9.3. Une formation institutionnelle a été élaborée pour soutenir la structuration

Il s'agit d'une formation obligatoire, ciblée sur tous les professionnels impliqués dans la prise en charge du patient. Les administratifs des bureaux des admissions, des consultations, des secrétariats médicaux côtoient des soignants, infirmiers, aide-soignants, manipulateurs en électroradiologie, masseurs kinésithérapeutes, etc. La rencontre de ces différents métiers est une réussite, chacun apprend de l'autre et de ses contraintes.

Le contenu est axé sur la description de la démarche institutionnelle, ses enjeux, les risques encourus par le patient et les règles que chacun doit respecter. Agrémentée d'exemples qui accrochent les participants, elle se veut un lieu de prise de conscience et de débat.

Cette formation est menée par une formatrice infirmière, dont le poste est dédié, à raison de 3 sessions par semaine. En 15 mois, 1 400 personnes ont été formées.

Au-delà du chiffre, il faut bien entendu parler de son impact, il est à considérer par rapport à la démarche dans sa globalité, nous l'aborderons à la suite.

9.4. Un plan de communication à l'attention des usagers et des professionnels

L'implication des usagers est essentielle à la démarche de sécurisation de l'identification des patients. Nous leur avons demandé leur aide, leur coopération au cours des vérifications. Un slogan a été choisi et reproduit sur des affiches qui ont été diffusées dans tous les secteurs du CHU. Des interventions ont été menées en Commission de Relation avec les Usagers.

Dans le même temps des règles d'or ont été diffusées dans les unités de soin, des articles édités dans le journal interne mensuel.

Tout ce dispositif a pour objectif de toucher le plus grand nombre pour déclencher une prise de conscience du risque, et de provoquer le questionnement et le dialogue. L'identitovigilance est depuis deux ans un thème débattu avec les usagers au cours des rencontres de la semaine de la sécurité des patients.

9.5. L'évaluation de la démarche et le suivi du processus

Différents axes sont explorés dans le dispositif d'évaluation.

– Celui des pratiques professionnelles : les évaluations sont menées sous forme d'auto-évaluation et/ou d'audit. Elles sont effectives auprès du personnel soignant et administratif. Ces évaluations de pratique aboutissent concrètement à des d'actions de régulation ou de correction. Les réajustements sont menés au plus près du terrain et de ses spécificités par l'encadrement avec le soutien éventuel de membres de la cellule d'identitovigilance. Elles portent sur l'ensemble des facteurs comme l'organisation, l'équipe, l'agent.

– Le système d'information hospitalier (SIH) est également concerné par l'impact puisque la fiabilité et l'amélioration de la qualité de la saisie des données devraient diminuer le nombre de doublons notamment. La comptabilité des doublons et le nombre de fusions effectuées sont des indicateurs pertinents.

– Le suivi des erreurs d'identification effectué au travers des déclarations d'évènements indésirables permet d'observer des indicateurs quantitatifs mais également de procéder à des analyses approfondies (ALARM). Une démarche de retour d'expérience (REX) est en cours d'élaboration pour un déploiement d'ici la fin de l'année 2013. Travailler sur l'erreur ou la succession d'erreurs qui a contribué à un évènement indésirable est la condition pour qu'un évènement ne se reproduise pas. L'analyse détaillée et systémique explore tous les champs. Elle permet d'accéder aux actions pertinentes à mener pour une réelle efficacité. Pour être encouragés à la déclaration des évènements indésirables, les professionnels ont besoin d'un environnement de travail ouvert et confiant. L'adoption d'une charte d'incitation à la déclaration, sans encourager l'impunité, favorise l'émergence de la confiance nécessaire au développement des déclarations.

La démarche de sécurisation de l'identification du patient, tout au long de sa prise en charge est une démarche qualité et de gestion des risques, la roue de DEMING

y trouve toute sa place, et l'analyse systémique sa justification. Si nous considérons l'importance du contexte, il faut alors porter un regard spécifique sur les secteurs d'accueil des urgences.

10. Le secteur d'accueil des urgences et la mise en œuvre de la démarche d'identitovigilance

Le service d'accueil des Urgences a été accompagné de façon spécifique, cela semble un facteur de réussite. Non seulement le contexte y est sensible, mais on y retrouve un concentré des situations les plus critiques et porteuses de risques. Nous sommes de plus face à des professionnels « pressés », ne souhaitant pas s'encombrer de lourdeurs inutiles, il faut donc être pertinent et opérationnel. Les procédures institutionnelles doivent y être adaptées pour tenir compte de la spécificité de l'activité, dans le respect des règles édictées par la charte d'identification.

Des observations de pratiques ont été menées pour une meilleure compréhension de l'exercice des professionnels. Cette phase visant à percevoir la réalité et à comprendre les interactions a été cruciale.

À la suite, des rencontres ont été organisées avec les personnels administratifs et soignants. Elles ont été l'occasion de débattre mais aussi de négocier, d'argumenter face à des positions négatives, arguant l'impossibilité de respecter certaines règles. L'animation de ces rencontres par une personne extérieure au service, et donc à distance est un atout pour la résolution des problèmes. Une médiation peut par ailleurs s'avérer nécessaire lorsqu'il s'agit de travailler sur les interfaces et donc entre professionnels de secteurs et ou de métiers différents.

Une fois les règles expliquées, argumentées, rendues applicables, il y a le quotidien. L'impulsion donnée par la mise en œuvre nécessite un soutien et une mobilisation quotidienne de l'encadrement, son rôle est primordial.

11. En synthèse et pour conclure

Après cet exposé synthétique que constater ?

La méthode est décrite et est réalisable à condition d'un réel soutien institutionnel.

Ce projet d'envergure nécessite des moyens humains et des compétences en pilotage de projet.

Des moyens sont déployés pour la mise en œuvre notamment pour aller à la rencontre des professionnels, c'est un point essentiel de pertinence et d'opérationnalité, démontrant par ailleurs le soutien de l'institution aux équipes.

La mobilisation nécessite d'être entretenue au quotidien, le rôle de l'encadrement soignant et médical est majeur.

La sensibilisation des acteurs est une condition de réussite, la prise de conscience du risque encouru par le patient permet à chacun de s'approprier les enjeux de la sécurisation de l'identité du patient.

Les erreurs d'identification doivent être analysées et travaillées en équipe sous la forme de retour d'expérience, les actions pertinentes qui sont mises en place à la suite d'une telle démarche atteignent leurs objectifs.

Les secteurs spécifiques comme celui des urgences doivent être accompagnés de façon particulière. Une connaissance aigüe du travail réel et des spécificités de la prise en charge des patients est garante de l'opérationnalité de la démarche et par conséquence du degré d'appropriation du dispositif par les professionnels.

L'identitovigilance aux urgences est un combat de tous les jours, la gestion de ce processus transversal dans cet environnement empreint de complexité nécessite une attention particulière de l'institution et un management rapproché, axé sur la gestion des risques et centré sur le parcours du patient.

Références

1. Rapport HémoVigilance 2011 http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/94eaed87fcb1d3c9d2187f4945256875.pdf
2. http://www.who.int/patientsafety/events/07/patientsafety_solutions_french.pdf