

Sécurité des patients : *La coordination des soins*

L'édition 2015 de la **Semaine nationale de la Sécurité des Patients** (du 23 au 27 novembre) cible plus particulièrement la coordination des soins (lettre de liaison, conciliation médicamenteuse, identitovigilance...).

Bibliographie thématique : les références sont classées par ordre chronologique décroissant au sein de chaque rubrique.

■ Généralités	2
■ Identitovigilance	4
■ Transmission de l'information (fiche de liaison, transmission ciblée)	10
■ Conciliation médicamenteuse	15

Création : Novembre 2015

Contact : nathalie.hoeben@aphp.fr

■ Généralités

MAY MICHELANGELI (Laetitia) ; SAMI (Yasmine) ; BOUSSICAULT (Gérald)

Le travail en équipe, un enjeu de sécurité du patient. *TECHNIQUES HOSPITALIERES*, 2015-09, vol. 70, n°753, 39-42, fig.. 20 réf.

Les événements indésirables associés aux soins sont souvent dus à un défaut de communication au sein de l'équipe. Le programme Pacte de la HAS aide les équipes à travailler sur les facteurs organisationnels et humains : écoute, entraide, prise en compte du stress, communication, etc. L'équipe de réanimation pédiatrique du CHU d'Angers a expérimenté Pacte. En un an, elle a réalisé un état des lieux de son fonctionnement et de ses pratiques, instauré des outils d'amélioration et évalué leur impact. Pacte a créé une dynamique d'équipe, incluant le patient et sa famille. (R.A.).

D'ALCHE GAUTIER (M.J.) ; LEBAS (T.) ; LECUREUR (M.P.) ; PAVARD (M.)

Retour d'expérience sur l'utilisation d'un scénario régional de la chambre des erreurs par trente établissements de santé. *RISQUES ET QUALITE EN MILIEU DE SOINS*, 2015/06/01, vol. 12, n°2, 69-76, tabl., fig.. 10 réf.

[BDSP. Notice produite par EHESP rpJR0x9q. Diffusion soumise à autorisation]. Dans le cadre de la semaine de la sécurité des patients 2014, un scénario régional de la chambre des erreurs a été construit par un groupe régional pluriprofessionnel sous l'égide du réseau bas-normand Santé Qualité. Ce projet régional de simulation était l'occasion pour les établissements de santé de développer la culture sécurité des soins et de favoriser l'analyse des pratiques en équipe. Le scénario régional comprenait vingt erreurs réparties sur sept thématiques liées à la sécurité des soins : l'identitovigilance, la prise en charge médicamenteuse, le risque infectieux, les accidents d'exposition au sang, la gestion des déchets, le respect de l'environnement du patient et la contention.

FABRY (J.) ; AMALBERTI (R.) ; SALOMON (V.) ; et al.

Spécial 10 ans *RISQUES ET QUALITE EN MILIEU DE SOINS*, 2014/12, vol. 11, n°4, 113-188. réf. bibl.

Au sommaire de la revue : - Pourquoi un Institut pour la Qualité et la Sécurité en santé - IQS ? - Dix ans de progrès - Sécurité des soins : quelles évolutions depuis quinze ans ? - Sécurité des patients : un enjeu de politique publique - Qualité et sécurité des soins : quelle place dans la réglementation ? - La Haute Autorité de santé, acteur majeur de l'amélioration de la qualité - Comment est organisée l'expertise en matière de qualité des soins et de sécurité des patients en France ? - Qualité et sécurité : le rôle des usagers - Dix ans de recherche sur la qualité et la sécurité des soins en France. Quelles leçons tirer des appels à projets (PREQHOS - PREPS) - Sécurité des patients : les agences régionales de santé acteurs du changement - Qualité et sécurité : les hôpitaux s'organisent. Dix années de progrès... et de complexité - Qualité des pratiques médicales : un rôle nouveau pour les commissions et conférences médicales d'établissement - La gestion des risques ou la gouvernance retrouvée pour les commissions médicales d'établissement - Les assureurs et la sécurité des soins - Pertinence du taux de rotation et du temps de présence des patients comme indicateurs de maturité fonctionnelle de la chirurgie ambulatoire - Intérêt des revues des erreurs médicamenteuses au sein d'un établissement de santé : bilan après quatre ans - Pour réduire le risque infectieux associé aux soins, travaillons ensemble a priori : expérience autour du processus de pose des gastrostomies percutanées radiologiques - Démarches d'évaluation externe pour le secteur sanitaire et le secteur médicosocial - Droit & soins - Informatisation de la prise en charge médicamenteuse : première étape vers une cartographie des risques et éléments de sécurisation mutualisés.



LOULERGUE (A. M.)

L'informatisation du DSIP (dossier soin informatisé patient) : de la réalité au terrain. *JOURNAL DE L'INFIRMIERE DE NEUROLOGIE ET DE NEUROCHIRURGIE (LE)*, 2013/01, n°2013, 75-82. réf. bibl.

Le dossier de soins infirmiers informatisé (DSIP) s'est substitué au dossier de soins papier. Les infirmiers s'interrogent sur ces outils rendus obligatoires (accréditation), qui tendent parfois à annihiler l'humanité des prises en charge. Comment le cadre soignant peut-il accompagner son équipe en référence à ses fonctions soignantes, prépondérantes, au delà de ses fonctions managériales ? (décret 1998). La résultante de cet outil est d'optimiser la sécurité du patient et sa reconnaissance du 'sujet' (loi 2002). (Intro.)

FAVIER (Anne-Lise)

Les vigilances sanitaires plus que jamais d'actualité ! OBJECTIF SOINS & MANAGEMENT : LA REVUE DES CADRES DE SANTE, 2013/03, n°214, 38-40.

Si la sécurité des patients est devenue une croisade dans la sphère hospitalière, elle est régie par un système de surveillance respectant des procédures spécifiques pour permettre des prises de décision rapides et efficaces. Tour d'horizon des principaux systèmes de vigilance opérant dans les établissements de santé. (R. A.).

BORDET (Fabienne), coor.

Les commissions sanitaires de vigilance. *SOINS AIDES-SOIGNANTES*, 2011/12, n°43, 20-21. réf. bibl.

La démarche qualité est au coeur des préoccupations des établissements de santé. Les commissions des vigilances sanitaires ont été insaturées pour centraliser les problèmes rencontrés et ainsi alerter les pouvoirs publics. Précisions concernant l'hémovigilance, la pharmacovigilance, la matériovigilance, l'infectiovigilance, l'alimentovigilance et l'identitovigilance.

La commission européenne enfin concernée par la sécurité de soins. *PRESCRIRE*, 2009/01, vol. 29, n°303, 64-68. réf. bibl.

La Commission européenne a organisé en mars 2008 une 'consultation ouverte' relative à la sécurité des patients. Son manque de cohérence avec les propositions existantes de l'Organisation mondiale de la Santé et du Conseil de l'Europe a fait réagir de nombreuses organisations, parmi lesquelles l'International Medication Safety Network (IMSN), le Collectif Europe et Médicament, l'International Society of Drug Bulletins (ISDB) et Health Action International (HAI) Europe (1,2). La contribution de l'IMSN à la consultation relative à la sécurité des patients fait la synthèse des initiatives internationales et européennes en matière de sécurité des soins ; voici une reproduction du texte intégral par la revue Prescrire. Ce réseau spécialisé dans la prévention des erreurs médicamenteuses rappelle utilement l'existence d'un rapport publié en 2007 par le Conseil de l'Europe, dont sont ici résumées les principales propositions.



WITASSE (Alain), réal.

Sécurité des soins et information du patient (1) : Pourquoi s'engager dans l'optimisation de la sécurité du patient. , 2008

Pour visionner le film, cliquer sur la notice détaillée, puis sur le lien en bas de la notice. Ce film est le 1er d'une série de 3 DVD dont les titres sont : - Pourquoi s'engager dans l'optimisation de la sécurité du patient ? - Que faites-vous ? Comment peut-on faire mieux ? - La démarche de l'AP-HP. Première partie : Tatiana est conduite par sa mère aux urgences de l'HEGP. Suite à des problèmes de communication interne, une mauvaise interprétation des prescriptions ont conduit à des surdosages du traitement médicamenteux de Tatiana et donc à un accident. On assiste à une défaillance de contrôle, on constate que le service médical rencontre des difficultés. L'objectif consiste à analyser ce qui s'est passé afin d'éviter ce type d'accident. Deuxième partie : Le colloque du 5 février 2008 permet de mieux comprendre que la sécurité du patient est liée à l'organisation, et la qualité des soins, à la fiabilité de la chaîne d'information. Selon le Pr Yves de PROST, il faut être attentif aux patients, analyser les problèmes, et quels types d'action sont à mener, corriger les causes et mieux assurer la sécurité des patients et des professionnels. Didier

HOUSSIN (DG de la santé) souligne que la sécurité du patient est une priorité de santé publique, il faut mieux se préparer en fonction de l'histoire individuel de chaque individu, mieux faire face aux contentieux qu'entraînent les dysfonctionnements, et enfin régler les problèmes d'infections nosocomiales.
DEO 5 WIT

RAFFERMI (B.) ; PHILIP (F.)

Recommandations, procédures, protocoles, fiches techniques. Anesthésie et assurance qualité. Rueil-Malmaison : Arnette, 2002, 25-37, fig., tabl.. 11 réf.

Les recommandations, les protocoles, les fiches techniques sont des démarches volontaires avec un objectif idéal d'améliorer les pratiques, le confort et la sécurité des patients. Ils formalisent les démarches et les organisations, et adoptent une méthodologie qui doit être un support d'information, de communication entre tous les professionnels de santé. Les auteurs proposent des définitions des différents documents, les applications pratiques qui en résultent. Ouvrage à la cote
MED 4.2 ANE



■ Identitovigilance

ORIOU (Pascale) ; FORTIER (E.) ; DA SILVA (M.) ; et al.

Six années d'amélioration des pratiques en identitovigilance au CHU de Saint-Étienne : un bel exemple de coopération interprofessionnelle. *RISQUES ET QUALITE EN MILIEU DE SOINS*, 2014/06, vol. 11, n°2, 19-25, fig.. 21 réf.

Si l'identitovigilance ne fait pas partie des vigilances dites réglementaires, sa mise en place est néanmoins indispensable dans les établissements de santé ; elle se situe au cœur de la sécurité des soins, est à la base des dossiers partagés et est une des pratiques exigibles prioritaires de la certification. La commission qualité, risques et sécurité du centre hospitalier universitaire (CHU) de Saint-Étienne en a fait un de ses axes de travail prioritaires dès 2007. Sans revenir en détail sur les règles de base maintenant bien connues de tous, un bilan est fait des actions mises en place ; les instances et groupes de travail, les procédures concernant le bracelet d'identification, l'étiquetage des prélèvements biologiques, les difficultés posées et adaptations nécessaires, les évaluations et le suivi des événements indésirables. Les aspects formation des professionnels et information des usagers sont également abordés car fondamentaux pour l'application des règles de sécurité. La maturité de l'identitovigilance au CHU de Saint-Étienne en fait un thème connu de tous les secteurs et professionnels, fédérateur de par son aspect totalement transversal et la participation de tous aux groupes de travail. Copyright 2014 Health & Co

GILLET (C.) ; MONNIER (C.) ; PETIT (E.)

Sécurisation de l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge lors de son parcours de soins. *RISQUES ET QUALITE EN MILIEU DE SOINS*, 2013/06, , vol. 10, n°2, 99-109, fig.. 17 réf.

[BDSP. Notice produite par EHESP m7pAR0xq. Diffusion soumise à autorisation]. La bonne identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge est une exigence prioritaire de la Haute Autorité de Santé. C'est à l'aide de la méthode des analyses des modes de défaillance de leurs effets et de leur criticité (AMDEC) ainsi que d'un audit organisationnel de terrain que la direction qualité du centre hospitalier de Belfort-Montbéliard (CHBM) a conduit une démarche d'amélioration des pratiques afin de fiabiliser l'identification du patient.

HONNART THOMAS (Marianne) ; FARCY (Nadine)

Identitovigilance : une culture à développer. *OXYMAG*, 2013/01-02, n°128, 22-25. 6 réf.

L'identitovigilance est un système de surveillance et de prévention des erreurs et risques liés à l'identification des patients. 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 système de gestion administrative des patients et les soignants sont les acteurs principaux de ce système.

BARBOSA (Céline)

L'identitovigilance. *AIDE SOIGNANTE (L')*, 2013/01, n°143, 24-25. 3 réf.

La prise d'identité du patient est le premier acte de soin délivré à l'hôpital. La qualité de l'identification du patient garantit la sécurité des soins. Pour ce faire, un patient ne doit avoir qu'un seul numéro d'identité : le numéro d'identification permanent (IPP). Retour d'expérience - à travers trois cas d'erreurs d'identification - d'une aide-soignante qui est devenue chargée d'identitovigilance au CHU de Bicêtre (AP-HP,94).

LOONIS (C.) ; QUENON (J.L.) ; DELAPERCHÉ (F.) ; OCCELLI (P.)

Erreurs d'identité associées aux soins : analyse approfondie des causes de 55 cas en Aquitaine (Projet régional aquitain PERILS, 2011). *RISQUES ET QUALITE EN MILIEU DE SOINS*, 2012/06, vol. 9, n°2, 75-84, tabl., fig.. réf. 1p.

En milieu hospitalier, l'identification des patients est une priorité pour l'amélioration de la sécurité des soins. Il s'agit d'une pratique exigible prioritaire du manuel de certification des établissements de santé (ES) version 2010. Le Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine (CCECQA) a proposé, en 2009 et 2010, le projet PERILS d'amélioration de l'identification du patient, auquel ont participé 39 ES adhérents. Au cours de ce projet, 55 erreurs d'identité (Eid) ont fait l'objet d'une analyse approfondie des causes (AAC) selon la méthode développée dans le cadre de l'Étude nationale sur les événements indésirables associés aux soins : une analyse qualitative, descriptive et rétrospective, fondée sur le modèle conceptuel de l'erreur humaine. Les résultats des 55 AAC réalisées afin d'identifier les vulnérabilités les plus fréquentes dans la survenue des Eid ont permis de mettre en évidence des causes immédiates (CI) liées aux patients et aux professionnels respectivement dans 31 et 52 des Eid analysées. La survenue de ces CI était facilitée par des défaillances profondes. Des défaillances étaient présentes pour toutes les Eid, en moyenne huit par Eid. Les plus fréquentes se situaient au niveau institutionnel avec l'absence de politique d'identification, une faible perception du risque d'Eid et une culture de sécurité peu développée. Des actions d'amélioration ont été proposées pour 98% des Eid : elles concernaient surtout la sécurisation des situations les plus à risques (30 Eid) et l'amélioration des pratiques professionnelles (28 Eid). Les résultats des 55 AAC ont permis de tirer plusieurs enseignements pour l'amélioration de l'identification du patient en milieu hospitalier et pour la sécurité des soins en général. (R.A.)

YVON (Bernadette) ; SLIWKA (Corinne)

Sécuriser la prise en charge du patient : généraliser le bracelet d'identification. *OBJECTIF SOINS*, 2012/02, n°203, 21-23.

Une cartographie des pratiques professionnelles réalisée début 2011 sur le groupe Pitié-Salpêtrière - Charles-Foix a démontré que le bracelet d'identification du patient était déployé dans l'ensemble des services de chirurgie et dans 50 % de ceux de Soins de suite et réadaptation et Soins de longue durée. Une procédure a été élaborée.



SIMON (Isabelle)

PEGON (Gilles), dir.

Assistance Publique-Hôpitaux de Paris. (A.P.-H.P.). Institut de Formation des Cadres de Santé. (I.F.C.S.). Paris. FRA ; Université de Paris 09. Paris. FRA

Mémoire pour l'obtention du diplôme de cadre de santé ; Master 1 : Economie de la santé et des politiques sociales. Spécialité Economie et Gestion de la Santé - Formation continue.

De l'identité du patient... A la maladie de l'identification. Paris : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, 2012, 69p., ann.. Réf. 7p.

L'identito-vigilance est au cœur de la qualité et de la sécurité des soins. L'évolution de notre système de santé, avec l'informatisation du dossier médical et la coopération entre les établissements hospitaliers, augmente les risques liés à une erreur d'identité. Pratiquer une intervention à la place d'une autre, délivrer le mauvais médicament, faire le mauvais examen radiologique à la mauvaise personne c'est pour éviter de telles erreurs que tous les professionnels de santé doivent vérifier l'identité du patient. Les prestataires de soins sont responsables, au

premier chef, de l'identification des patients. Ils ne sont pas toujours conscients des risques encourus malgré les recommandations des pouvoirs publics et les procédures mises en place. Des entretiens effectués auprès de manipulateurs en radiologie et de cadres de santé nous ont permis de dégager des éléments qui interviennent dans la construction de la responsabilité dans l'acte d'identito-vigilance. Ce travail de recherche nous révèle les effets pervers du contrôle dans les organisations et les difficultés des jeunes professionnels confrontés à l'apprentissage de leur métier dans un environnement qu'ils doivent s'approprier. (R.A.)
1121 ECH

BERNARD (Eric)

MARTINEAU (Pascal), dir.

Assistance Publique-Hôpitaux de Paris. (A.P.-H.P.). Paris. FRA ; Université de Paris 09. Paris. FRA

Mémoire pour l'obtention du diplôme de cadre de santé ; Master 1 : Economie de la santé et des politiques sociales. Spécialité Economie et Gestion de la Santé - Formation continue.

Bons Nom et Personne : l'identito-vigilance au quotidien. Paris : Université Paris 09 ; Paris : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, 2011, 80p., ann.. Réf. 7p.

L'identito-vigilance s'est développée depuis quelques années dans les établissements de santé. Elle a pour objectif de garantir la qualité des soins et la sécurité des patients. Le risque d'erreur d'identification du patient s'est accru avec l'informatisation des dossiers médicaux et la coopération entre les établissements de santé. Pourtant la réalisation d'une bonne identification du patient était déjà une règle de sécurité obligatoire à appliquer avant de prendre en charge un patient. Comment alors comprendre la difficulté des acteurs à appliquer les règles de l'identito-vigilance prescrites par les institutions ? Les entretiens de professionnels de santé vont nous permettre de dégager les facteurs influençant les comportements générateurs d'erreur d'identification. Cette enquête révèle que la formation et la socialisation des personnels seraient insuffisantes. Les règles d'identification du patient seraient également transgressées volontairement dans certaines situations de travail. Pour le cadre de santé, la compréhension de ces phénomènes favorisera ensuite la recherche de solutions pour accompagner les équipes dans l'amélioration continue de la qualité des soins et de la sécurité du patient. (R.A.)

1030 ECH

LARTIGAU (Eric) ; AUDEBAUD (Serge) ; DEWITTE (Alain) ; LECLERCQ (Bernard)

Qualité et sécurité en oncologie-radiothérapie : identitovigilance et reconnaissance biométrique des patients. *TECHNIQUES HOSPITALIERES*, 2011/03, vol. 66, n°726, 53-56. 13 réf.

L'identitovigilance (identification des patients) a pris une place majeure dans l'accréditation des établissements de santé. Impliquant tous les acteurs du soin, la mise en place de procédures fiables, simples et acceptables par tous reste souvent un défi. Après accord de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil), et dans le cadre d'une expérience pilote d'un an, le centre Oscar-Lambret à Lille a mis en oeuvre une reconnaissance biométrique par empreinte digitale des patients pris en charge dans son département de radiothérapie. (Intro.).

LECLERE (B.) ; ABBEY (H.) ; PAILLE (C.) ; et al.

Port systématique d'un bracelet d'identification en hospitalisation : avis des patients et des soignants. *RISQUES ET QUALITE EN MILIEU DE SOINS*, 2011/03, vol. 8, n°1, 20-25, fig.. 11 réf.

[BDSP. Notice produite par EHESP 9R0xk8p8. Diffusion soumise à autorisation]. Le centre hospitalier universitaire (CHU) de Nantes a mis en place en 2009 un programme d'amélioration de la qualité portant sur l'identitovigilance, dont l'un des projets était de mener une réflexion sur le port systématique de bracelet d'identification par les patients hospitalisés. Un test du port systématique de ces bracelets par les patients a été réalisé au sein du CHU dans trois services de court séjour volontaires, en mai et juin 2010. Les objectifs de cette étude étaient d'évaluer d'une part la faisabilité de la systématisation du port du bracelet en court séjour et d'autre part l'acceptabilité de cette pratique par les patients et les soignants.



HAEGEMAN (Catherine)

MARIN (François), fotogr.

Identification du patient. A votre bon soin. *AP-HP MAGAZINE*, 2011/01, n°127, 10-16, phot..

L'identification fiable et unique du patient est indispensable pour pratiquer le bon acte à la bonne personne. L'enjeu est tel que la Haute Autorité de santé en a fait une de ses pratiques exigibles prioritaires du manuel de certification, version 2010. Et, à l'AP-HP, a été lancée depuis 2007 une démarche de sécurisation de l'identification du patient pour garantir la qualité des soins. (R.A.).

GOIJAT (Caroline)

Tic et Gouvernance. Identification du patient : cartographie et gestion des risques. *GESTIONS HOSPITALIERES*, 2010/04, n°495, 273-275.

[BDSP. Notice produite par EHESP R0xJkJE. Diffusion soumise à autorisation]. L'identification du patient est au cœur de la politique 'sécurité' de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Cet article relate l'enquête menée à la Clinique Saint Jean l'Hermitage de Melun sur les risques liés à l'identification du patient. Cet article relate la méthode utilisée et les résultats obtenus. L'enquête a consisté en l'analyse du processus de prise en charge du patient : entrée, hospitalisation et sortie. Les risques révélés ont pu être cartographiés selon différents axes : par nature du danger ou par phase de prise en charge. Ces situations dangereuses, risques initiaux, ont alors fait l'objet d'un classement. Après traitement spécifique des risques révélés par actions ou procédure de contrôle, une cartographie finale des risques résiduels a pu être réalisée. Des actions de gestion des risques résiduels ont pu être alors mises en place. Cet enquête a su impliquer professionnels et patients et favoriser ainsi l'émergence d'une culture sécurité au sein d'une équipe hospitalière.

CHIGOT (Murielle)

GODART (Elsa), dir.

Université Paris-Est. Marne la Vallée. FRA ; Assistance Publique-Hôpitaux de Paris. (A.P.-H.P.). Centre de Formation Continue du Personnel Hospitalier. (C.F.C.P.H.). Paris. FRA
Master de philosophie pratique, option Ethique médicale et hospitalière : Parcours professionnel : Première année

Un bracelet d'identification pour toutes les personnes hospitalisées ! Dilemme entre principe de précaution et atteinte à leur liberté, à leur autonomie et à leur dignité. Marne-la-Vallée : Université Paris-Est , 2009, 46p., ann.. Réf. 2p.

A l'heure de l'accréditation dans les structures hospitalières, une armada de procédures voit le jour, dans le but d'assurer la sécurité des usagers. Jamais autant de précautions n'ont été prises. Nous parlions, il y a quelques années, de pharmacovigilance, d'hématovigilance, de matériovigilance. Les soignants d'aujourd'hui ont à se préoccuper de l'identitovigilance. Ne le faisaient-ils pas auparavant, sans qu'une procédure ait le besoin d'exister ? La procédure devant être mise en place prochainement, dans notre établissement, est la pose systématique du port du bracelet d'identification à toutes les personnes hospitalisées, quelque soit la raison pour laquelle elles le sont. Nous nous posons la question de l'intérêt de cette procédure, autre que celui d'éviter les risques de procès liés aux erreurs d'identité lors des soins. Améliorer la sécurité, objectif visé dans la fiche projet n'est-elle pas un principe de précaution ayant le risque d'atteindre la liberté, l'autonomie et la dignité des personnes hospitalisées, entièrement aptes à décliner leur identité lorsque les soignants le leur demandent ? (R.A.).

PHI 1P CHI



ORIOLE (P.) ; GRAVIER (D.) ; LIVEBARDON (C.) ; et al.

Identification des patients dans un centre hospitalier universitaire : un exemple de travail collectif d'amélioration de la sécurité des soins. *RISQUES ET QUALITE EN MILIEU DE SOINS*, 2009/12, vol. 6, n°4, 240-245, tabl., fig.. réf.bibl.

[BDSP. Notice produite par EHESP FR0xopnF. Diffusion soumise à autorisation]. Suite au signalement d'erreurs liées à l'identification du patient, un groupe de travail 'identitovigilance' a été créé en février 2007 au Centre hospitalier universitaire (CHU) de Saint-Étienne. Ses travaux ont porté sur l'identification du patient à son entrée dans l'établissement et au cours des soins. Ils ont

abouti à la généralisation du bracelet d'identification et à une charte rassemblant les différentes procédures d'identification.

PELLISSIER (Jérôme)

Au sujet des bracelets d'identification des patients hospitalisés. *SOINS CADRES DE SANTE*, 2009/02, n°69, 41-.

Au nom de la sécurité maximale des soins, certains établissements de santé préconisent la généralisation du port de bracelets d'identification à l'ensemble des patients. Utilité et portée éthique de cette pratique. (R.A.).

LUTHI (Urs)

Bedside-scanning : une nouvelle technologie au service de la sécurité. *SOINS INFIRMIERS : KRANKENPFLEGE*, 2009/01, n°1, 38-41. 2 réf.

Le bracelet pour patient muni d'un code-barres - ou bedside-scanning - est encore peu répandu en Suisse et dans les pays voisins. Ce système d'identification des patients constitue pourtant un maillon important pour garantir plus de sécurité en permettant d'éviter des confusions lors de l'administration de traitements, chimiothérapies ou transfusions. Cet article présente le projet pilote mis en place en service d'hémo-oncologie de l'Hôpital de l'île (Suisse) et son évaluation par les soignants. La fréquence des confusions dans l'administration des traitements a été mise en évidence par des études internationales. Par conséquent, l'introduction de ce nouveau support de données semble une solution envisageable, avec les recommandations qui s'imposent - en matière de protection des données - dans une automatisation de cette envergure.

QUENON (Jean-Luc)

Maîtrise du risque d'erreur d'identité en milieu hospitalier. 26e journées internationales de mises au point en anesthésie-réanimation : Paris 6 et 7 juin 2008 : communications scientifiques MAPAR 2008. , 2008, 481-486, fig., tabl.. 24 réf.

L'identification du patient est un élément fondamental de la sécurité des soins. Les erreurs sont cependant fréquentes dans les établissements de santé. Ce chapitre traite des situations à risque, des conséquences et du potentiel d'amélioration. Nous est également présenté un projet Aquitain d'amélioration de l'identification des patients dans les établissements de santé (projet PERILS : Prévention des erreurs d'identité liées aux soins)(Côte : MED 4.2 MAP).

OUMAR BAGAYOKO (C.) ; DUFOUR (J.C.) ; AVILLACH (P.) ; QUANTIN (C.) ; FIESCHI (M.)

Réflexions sur l'identification du patient dans les systèmes d'information de santé. *IRBM : INGENIERIE ET RECHERCHE BIOMEDICALE*, 2008/11, vol. 29, n°5, 302-309, fig.. 17 réf.

Objectif. - Le but de notre étude est de faire le point sur les concepts de base et les méthodologies mises en œuvre dans les systèmes d'informations de santé pour identifier le patient. Méthodologie. - La méthode utilisée est une analyse des contraintes intrinsèques et extrinsèques des systèmes déjà utilisées liées respectivement à leurs objectifs et aux exigences éthiques ; et une recherche d'assise méthodologique ouverte, évolutive basée sur le constat illusoire d'identifiant unique et universel. Résultat. - Malgré de nombreuses contraintes notre analyse des différents travaux montre que certaines solutions sont envisageables. Celles-ci sont centrées sur un modèle simple d'identification répondant aux différents concepts développés et sur la mise en place des systèmes de rapprochement efficaces et fiables. Le modèle proposé ici, basé sur les critères partagés par tous, présente en effet les propriétés essentielles recherchées par le partage des systèmes d'information en santé. Cependant, sa mise en œuvre impose une organisation adaptée permettant une saisie et une utilisation cohérentes et invariantes dans le temps à savoir : une définition précise des traits, des traitements à effectuer sur ces informations, la définition des modalités du hachage, les procédures de rapprochement... Conclusion. - Les solutions préconisées au terme de notre étude autorisent théoriquement une gestion de l'identification des patients fiable, souple, et conforme aux principes du droit des personnes. © 2008 Elsevier Masson SAS.



TIMSIT (L.) ; LEPORI (M.) ; SEJOURNE (P.) ; et al.

Identification provisoire d'un patient en urgence vitale : une solution simple et adaptée. *GAZETTE DE LA TRANSFUSION (LA)*, 2008/09-10, n°212, X-XII.

A partir de dysfonctionnements déclarés à posteriori concernant des erreurs d'identification dans les cas d'urgence vitale en transfusion, une réflexion pluridisciplinaire a permis d'envisager une action concrète et simple renforçant l'hémovigilance et l'identitovigilance au centre hospitalier de Soissons. (Cahier pratique central)

CARLUS (Carole) ; RUFAT (Pierre) ; BAUMELOU (Alain) ; MENGUY (Claudie)

Identité et identification du nouveau-né en maternité. La médecine légale. *GESTIONS HOSPITALIERES*, 2006/11, n°460, 687-693. 14 réf.

[BDSP. Notice produite par ENSP R0xBnnBB. Diffusion soumise à autorisation]. L'identification correcte du nouveau-né est un problème majeur en maternité qui se différencie des autres modèles d'identification du patient sur plusieurs points : l'identité est le plus souvent créée par un personnel soignant, en général une sage-femme, plus rarement par un agent administratif. Elle doit être reliée à l'identification de la mère, et inversement. Elle est instable : il peut exister un délai de trois jours entre le moment de la naissance, où une saisie de l'identification du nouveau-né est faite, et celui où la première pièce officielle d'identité est délivrée par l'officier d'état civil. L'acte de naissance donne définitivement son nom de famille et son ou ses prénoms au nouveau-né et permet une identification définitive dans le système d'information hospitalier (SIH). Enfin, la durée de séjour en maternité de la mère et du nouveau-né est maintenant bien souvent inférieure à trois jours, ce qui rend le retour de l'identité définitive difficile pour l'établissement hospitalier.

HUCHET BELOUARD (Astrid) ; ARES (Muriel) ; GARNERIN (Philippe)

Gestion des risques : la prévention des erreurs d'identité du patient ou du côté à opérer. *OXYMAG*, 2006/03-06, n°87, 23-26. 5 réf.

Les erreurs d'identification du patient ou du côté à opérer peuvent être dramatiques car elles conduisent souvent à des dommages corporels ou psychologiques sévères, et parfois même au décès. Afin de les prévenir, le service d'anesthésiologie des Hôpitaux Universitaires de Genève a conduit une intervention visant à améliorer la fiabilité des contrôles. La formalisation de règles de sécurité, couplée à la réalisation d'audits évaluant leur mise en oeuvre a représenté un net progrès.

DAMAIS CEPITELLI (A.) ; SAYARET (F.) ; DUMESNIL (G.) ; et al.

Stratégie d'amélioration de l'identification des patients à l'admission au Groupe Hospitalier du Havre. *RISQUES ET QUALITE EN MILIEU DE SOINS*, 2005/11, vol. 2, n°4, 245-248, tabl.. 10 réf.

L'identification du patient est un élément fondamental de la sécurité transfusionnelle. Les modalités d'identification sont clairement établies dans les procédures transfusionnelles et bien connues du personnel soignant. Cependant, des erreurs concernant l'identité établie à l'admission sont fréquemment relevées sur les étiquettes d'identification des patients. Au Groupe Hospitalier du Havre, dans un premier temps, des réunions de sensibilisation des services d'accueil ont été organisées par l'unité d'hémovigilance. Le groupe des infirmiers référents en transfusion a ensuite rédigés un protocole en quatre points : éléments indispensables à relever pour établir l'identité, documents utilisables pour vérification, précaution pour éviter les erreurs, conditions des modifications d'identité. Ce protocole a été très largement diffusé et s'est accompagné de nouvelles réunions d'information auprès du service d'accueil, des secrétariats et des services de soins. (d'après R.A.)

DELMOTTE (Hélène)

Vers une meilleure identification des patients, histoire d'un bracelet. *REVUE DE L'INFIRMIERE*, 2005/09, n°113, 26-28.

La réflexion qui s'est engagée à l'hôpital Saint-Louis (AP-HP) autour de l'élaboration d'un bracelet d'identification du patient est née de constats multiples d'erreurs d'identité, notamment en cas

d'homonymie. Cet écrit présente les différentes phases de ce projet, dans lequel l'avis des patients a également eu un rôle décisif.

■ Transmission de l'information (fiche de liaison, transmission ciblée)

JOHNSON (Christine) ; CARTA (Tricia) ; THRONDSO (Karen)

Transfert des soins : pour une meilleure communication. *INFIRMIERE CANADIENNE*, 2015/03, vol. 16, n°2, 22-25. réf.bibl.

La sécurité des patients et la continuité des soins passent par des communications efficaces. Des infirmières cliniciennes spécialisées du Centre des sciences de la santé à Winnipeg avaient constaté certaines lacunes dans l'information sur le patient lorsqu'elles essayaient d'obtenir des renseignements essentiels auprès du personnel infirmier de première ligne. La recherche de cette information retardait inutilement les soins. Les auteures, membres d'un groupe d'infirmières et infirmiers en pratique avancée au Centre des sciences de la santé, à Winnipeg, ont entrepris un projet d'amélioration de la qualité pour mieux comprendre les problèmes associés aux échanges d'information au sein du personnel infirmier. Elles ont interviewé des infirmières et infirmiers de première ligne appartenant à quatre unités de soins et découvert que beaucoup de facteurs contribuaient au manque de connaissances sur les patients, comme une consignation incohérente, des plans de soins mal définis, et des modes de communication variables. Le projet a mis en lumière la nécessité de concevoir un formulaire normalisé pour le transfert des soins, afin de faciliter la transmission d'informations. (R.A.).

CLAVAGNIER (Isabelle)

Les transmissions écrites et orales. *AIDE SOIGNANTE (L')*, 2014/12, n°162, 25-27. 6 réf.

L'une des compétences-clés des aides-soignants consiste à transmettre les informations relatives à la situation d'une personne soignée ou à un soin. Ce relais d'informations, qui a pour but d'assurer la continuité des soins, s'effectuait à l'origine oralement. Les transmissions écrites se sont structurées au fil du temps et, s'il existe plusieurs outils synthétiques, elles sont toujours le fruit d'un raisonnement clinique. Transmissions orales et écrites ne se substituent pas, elles se complètent. © 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

BELTRAN (Geneviève)

Traçabilité : indispensables transmissions. *INFIRMIERE MAGAZINE (L')*, 2014/01/01, n°336, 28-. 1 réf.

La décision présentée ici, faisant suite au décès d'une personne en psychiatrie, souligne l'importance que les juges accordent aux transmissions dans la prise en charge d'un patient. Outil légal, les transmissions font, effectivement, foi devant les tribunaux en cas de litige.

DUHALDE (Cécilia)

L'ibode coordinatrice de la check-list : acte isolé ou travail en équipe ? *INTER BLOC*, 2013/04, vol. 32, n°2, 127-131, fig.. 9 réf.

La check-list a pour but la sécurité du patient au bloc opératoire. Outil de communication au sein des équipes chirurgicale et anesthésiste, elle favorise le partage d'informations importantes lors d'une intervention. Elle permet aux équipes de valider de certains actes indispensables à une prise en charge de qualité du patient. Enquête sur le rôle de coordination de l'ibode et sur ses méthodes de mise en oeuvre de la check-list avec l'équipe pluridisciplinaire. (R.A.). © 2013 Elsevier Masson SAS.



RIOUFOL (Marie-Odile) ; PONTE (Carène) ; ROUTIOT (Valérie) ; et al.

Les transmissions dans les soins. *SOINS AIDES-SOIGNANTES*, 2012/10, n°48, 11-19. réf. bibl.

Dans une équipe pluridisciplinaire, les transmissions sont indispensables pour l'information de l'ensemble des soignants. Orales ou écrites, elles favorisent la continuité des soins. Tout professionnel intervenant auprès du patient est concerné. Dans le cadre de leur champ de compétences, les aides-soignants sont formés aux transmissions. Ils utilisent les fiches de

transmissions ciblées ou les diagrammes de soins et participent aux échanges lors des changements d'équipe.

Centre de Coordination de la Lutte contre les Infections Nosocomiales du Sud-Est. (C.C.L.I.N.).
Pierre-Bénite. FRA

NosoThème n° 21 - Check-list. *HYGIENES*, 2012/04, vol. 20, n°2, 89-92.

[BDSP. Notice produite par NOSOBASE R0xGED88. Diffusion soumise à autorisation]. Une 'liste de vérification' ou check-list est un outil qui permet de vérifier méthodiquement les étapes nécessaires d'une procédure pour qu'elle se déroule avec le maximum de sécurité. Les objectifs sont d'améliorer la sécurité du patient et de réduire les erreurs en intégrant dans les pratiques quotidiennes la vérification de différents points critiques de sécurité. La check-list renforce la communication et le partage des informations au sein des équipes. La check-list n'est ni une recommandation, ni un protocole. Il s'agit d'un mémorandum qui énumère les contrôles préalables à tout acte de soin pour permettre leur vérification systématique. Cette revue de littérature n'a pas pour objectif d'être exhaustive mais de repérer quelques documents utiles. Ce dossier thématique est également disponible sur le site NosoBase, outil documentaire national issu de la coopération des cinq Centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales. (R.A.).

PSIUK (Thérèse)

Du raisonnement clinique à la pratique infirmière 5/10 : l'écriture du raisonnement clinique (1/2). *SOINS*, 2010/06, n°746, 61-62. 4 réf.

La formalisation écrite du raisonnement clinique est une étape essentielle pour la continuité des soins. Le dossier du patient, support de l'ensemble des informations pertinentes et coordonnées entre les professionnels de santé, est l'outil commun et partagé pour intégrer cette écriture. Pour l'infirmière, la transmission ciblée structure l'écriture du raisonnement clinique et oriente le choix des interventions de soins.

AUROY (Yves) ; BORDIER (Emmanuel) ; GRASSER (Laurent) ; et al.

Les transmissions : un enjeu important pour la sécurité des patients. 28e journées internationales de mises au point en anesthésie-réanimation : Paris 4 et 5 juin 2010 : communications scientifiques MAPAR 2010. , 2010, n°, 599-608. réf. 1p.

Si de nombreux articles ont été très récemment publiés dans la littérature médicale sur les transmissions, ce sujet reste un encore en émergence. Les méthodologies utilisées sont très souvent discutables. Et finalement, peu d'études ont étudié de manière approfondie et robuste sur le plan méthodologique les transmissions et les solutions pour améliorer ces transmissions. Dans ce chapitre, nous ferons souvent appel à des exemples concernant l'activité de réanimation. Ces exemples proviennent d'observations réalisées (non publiées). (Extrait du texte)

CABARROT (P.) ; LE MOIGN (R.)

Check-list 'Sécurité du patient au bloc opératoire'. *RISQUES ET QUALITE EN MILIEU DE SOINS*, 2009/12, vol. 6, n°4, 211-216, ann.. 5 réf.

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le nombre d'interventions chirurgicales réalisées chaque année dans le monde serait de 234 millions, soit une intervention pour 25 personnes. Dans les pays industrialisés, la mortalité en lien avec la chirurgie serait de 0,4 à 0,8 % et le taux de complications post-opératoires graves serait de 3 à 16 % la moitié de ces complications sont considérées comme évitables. C'est pourquoi, l'OMS a lancé un programme visant à réduire les taux de complications et de décès post-opératoires. L'objectif de ce programme est de renforcer l'implication des équipes de soins en matière de sécurité au bloc opératoire, notamment en s'assurant de la réalisation optimale de l'intervention prévue (procédure, site), en renforçant la sécurité anesthésique, en luttant contre les infections du site opératoire et en améliorant la communication au sein des équipes. L'outil choisi pour mettre en œuvre ce programme est bien connu des milieux industriels et aéronautiques : il s'agit d'une check-list. (Extrait du texte)



FLACHAIRE DE ROUSTAN (Isabelle)

Les transmissions orales, un enjeu pour des soins de qualité. *REVUE DE L'INFIRMIERE*, 2009/10, n°154, 32-34. 1 réf.

Communiquer oralement de façon efficace ne s'improvise pas. Indispensables à la réalisation de soins de qualité, les temps d'échanges constituent les piliers de la réflexion et de la réalisation des plans de soins, des échanges interdisciplinaires et de la traçabilité des actes. Parfois informelles, les transmissions orales sont souvent capitales pour la continuité et la qualité des soins. A contrario, la réunion clinique est une instance formalisée et préparée, véritable 'clé de vie' des transmissions ciblées.

MARTIN (Jean-René) ; AUBENEAU (Christine) ; GENITEAU (Edwige)

Les synthèses de soins. *REVUE DE L'INFIRMIERE*, 2009/05, n°150, 29-31. 4 réf.

Depuis 1995, le CHU de Poitiers a implanté la méthode des transmissions ciblées comme référentiel pour l'utilisation du dossier de soins. Afin d'uniformiser les pratiques professionnelles et d'assurer la continuité des soins, des outils de traçabilité ont été élaborés. Cet écrit précise ce que sont une macrocible, une fiche de liaison, un résumé de sortie, un résumé de soins infirmiers.

TERRAT (Evelyne), coor.

L'écriture, un outil de reconnaissance pour les aides-soignantes. *AIDE SOIGNANTE (L')*, 2009/01, n°103, 11-20. 4 réf.

Au plan juridique, les transmissions écrites dans le dossier de soins engagent la responsabilité de tous les professionnels. Certains aides-soignants connaissent des difficultés dans cette pratique. Pourtant, celle-ci favorise la visibilité de leur travail. Ce dossier aborde cette thématique à travers le sommaire suivant : - L'écriture aide-soignante, difficultés rencontrées et pistes d'amélioration. - Le rôle de l'aide-soignante en matière d'information médicale. - Les différents supports de transmissions. - Mettre en place des transmissions ciblées en psychiatrie.

FLACHAIRE DE ROUSTAN (Isabelle)

Les transmissions ciblées, un outil incontournable de la qualité des soins. *REVUE DE L'INFIRMIERE*, 2008/12, n°146, 31-34. réf. bibl.

Acteur de soins, tout infirmier exerce sa pratique dans un cadre conceptuel qui se fonde notamment sur l'utilisation des méthodes et des outils de travail adoptés par la profession pour garantir la qualité et la sécurité des soins. Pièce maîtresse du dossier de soins infirmiers, les transmissions ciblées tracent la continuité des soins et la clinique infirmière. (Introd.).

LECOQ (Colette)

Les transmissions ciblées : levier du changement. *OBJECTIF SOINS*, 2007/06-07, n°157, 25-35. réf. bibl.

Au CHU de Clermont-Ferrand, la mise en place des transmissions ciblées a permis une profonde remise en question des pratiques et un renforcement salutaire de la communication entre services. Ce cahier du management évoque la mise en place de cette nouvelle procédure en abordant : le contexte, la démarche managériale, les bénéfices liés au changement, les perspectives.

RECHISSE (Jacques)

Comment lever les obstacles aux transmissions ciblées ? Issy-les-Moulineaux : ESTEM, 2006, 157p..

Cet ouvrage propose une méthode de mise en place pratique des transmissions ciblées ainsi que de l'ensemble des outils de transmissions infirmières (diagramme de soins, diagnostic infirmier, dossier patient, résumé de sortie, feuille de liaison, etc.), mais aussi d'aborder les raisons des obstacles techniques, humains et organisationnels rencontrés et les moyens de les lever. (Tiré de la 4ème de couv.)

SOI 4 REC



CAMPPIA (Pierre)

L'écriture clinique infirmière est-elle soluble dans les transmissions ciblées?
PERSPECTIVE SOIGNANTE, 2006/12, n°27, 26-41. 9 réf.

L'écrit professionnel dans le dossier de soins est plus complexe qu'il n'y paraît. En effet malgré son rapport méthodologique, l'observation clinique dans la transmission ciblée peut être aussi le reflet d'une dimension subjective dans le travail du soignant.

COUTTE (Marie-Bénédicte) ; LEPIOUF (Laure) ; KEREBEL (Brigitte) ; LEJEUNE (Benoist)
Travail en réseau. Amélioration de la continuité des soins lors des transferts. *GESTIONS HOSPITALIERES*, 2005/05, n°446, 329-335.

[BDSP. Notice produite par ENSP aN9uR0xe. Diffusion soumise à autorisation]. Un groupe de travail représentant les établissements publics du secteur 1 en Bretagne a travaillé pour améliorer la continuité des soins entre leurs établissements, notamment en optimisant la fiche de liaison. Des professionnels libéraux ont été associés au projet. Après avoir listé les documents existants, effectué une recherche bibliographique et réglementaire et sollicité des experts en différents domaines, le groupe a élaboré une nouvelle fiche de liaison. Elle tient compte à la fois des nouvelles réglementations et recommandations, et ce dans un souci de pragmatisme, la plupart des professionnels du groupe de travail étant des utilisateurs de fiches de liaison. Neuf établissements du secteur ont adopté la fiche à l'issue des travaux. Une évaluation du dispositif est prévue pour 2005.

FARRET (Danielle) ; ASTAGNEAU (Pascal)

Évaluation de l'utilisation de fiches de liaison relatives à la préparation cutanée des opérés. *HYGIENES*, 2003, vol. 11, n°5, 400-403.

[BDSP. Notice produite par INIST-CNRS EAx7R0xl. Diffusion soumise à autorisation]. Dans le cadre du réseau INCISO de surveillance des infections du site opératoire du Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales de l'inter-région Paris-Nord (CCLIN Paris-Nord), un modèle de fiche de liaison relative à la préparation cutanée des opérés avait été élaboré par le CCLIN Paris-Nord. Cette fiche comportait des items relatifs à la préparation cutanée proprement dite (dépilation, douche, tenue propre...) mais également à l'information du patient et aux vérifications à effectuer par l'infirmière... Une évaluation de l'utilisation des fiches de liaison a ensuite été réalisée en 2000. Sept établissements regroupant 15 services ont été inclus dans cette étude qui concernait 581 patients opérés. Seuls 7 services sur 15 utilisaient des fiches reprenant l'ensemble des items du modèle. Les critères relatifs à la douche antiseptique et la toilette du patient étaient présents dans tous les cas mais ceux relatifs à l'information du patient dans deux tiers des cas seulement. Sur les 581 cas étudiés, environ 36% des fiches étaient correctement remplies. La douche antiseptique ou la toilette au lit était mentionnée comme faite la veille dans 64% des cas. Le matin ou juste avant l'intervention, une seconde douche était déclarée dans 75% des cas. Au bloc opératoire, la détergence de la zone opératoire, le rinçage, la première application d'antiseptique puis la seconde étaient mentionnés comme faits dans respectivement 59%, 58%, 63% et 44%. Ces résultats obtenus dans des services motivés montrent la nécessité de renforcer la formation des professionnels impliqués afin d'améliorer à la fois la qualité et la traçabilité des soins.



PELLASSY TABOURIECH (Denise) ; PONCET BODINIER (Annette)

Coordination et traçabilité des informations en pré, per et postopératoire. *GESTIONS HOSPITALIERES*, 2003/11, n°430, 680-681.

[BDSP. Notice produite par ENSP 8nVR0x0p. Diffusion soumise à autorisation]. L'une assure la coordination service bloc opératoire/salle de surveillance post-interventionnelle, l'autre la coordination service clinique/pôle des maladies cardiovasculaires : garante de la traçabilité des informations, ces deux fiches de liaison évitent toute rupture entre les services et optimisent ainsi la continuité des soins. C'est un projet porté par la direction du service des soins et partagé par les soignants. Ces deux documents ont été conçus dans cet esprit. Plusieurs mois après leur implantation, une première évaluation apprécie l'utilisation de la fiche et rend compte de l'adhésion des personnels : des résultats à la hauteur de l'investissement ! Ces fiches de liaison sont le fruit de collaboration longue et consensuelle entre des infirmiers, des aides soignants, des manipulateurs en électroradiologie médicale, des médecins et une équipe d'encadrement exerçant dans des secteurs différents, dépendants néanmoins les uns des autres

SYLVESTRE (Carole)

Le passage de l'information entre les structures sanitaires : comment et vers qui l'information est transmise. *RECHERCHE EN SOINS INFIRMIERS*, 2003/09, n°74, 47-71. réf. bibl.

L'évolution du système de santé en France va dans le sens du développement de la prise en charge des patients en réseau de soins. Les pouvoirs publics associent les infirmières aux alternatives à l'hospitalisation pour favoriser l'émergence de telles structures. Cette évolution change les habitudes et les besoins des professionnels. La communication entre soignants est la base de ce fonctionnement. Pour assurer la continuité des soins les soignants libéraux et les soignants hospitaliers ont besoin d'information. Or, cette dernière est très souvent absente ou se révèle non conforme aux attentes et aux besoins des soignants. Les motifs seront analysés et quelques propositions seront données. En recueillant et analysant des fiches de liaison, des constats intéressants sont apparus ce qui laisse entrevoir des possibilités d'évolution au niveau du circuit d'information entre l'hôpital et le secteur extra hospitalier. Des propositions seront exposées pour assurer une plus grande cohérence dans la démarche de la continuité des soins. (R.A.).

PELLASSY TARBOURIECH (D.) ; POINCET BODINIER (A.)

Fiches de liaison : de la traçabilité à l'optimisation des soins. *OBJECTIF SOINS*, 2003/08-09, n°118, 1-4.

Assurant la continuité de l'information et le suivi du patient à chaque 'passage' au sein d'un service, les fiches de liaison représentent un outil indispensable d'optimisation des soins, tant à l'hôpital qu'en réseau ville-hôpital. Ce Cahier du management propose deux exemples de fiches internes utilisées au sein de l'hôpital Ambroise Paré (AP-HP), puis un exemple de fiche externe, reflet de la collaboration entre l'hôpital et des structures de soins extérieures.

BARGIELA (Christine)

Le transport du patient à l'intérieur de l'hôpital : une prestation de soins. *OBJECTIF SOINS*, 2001/12, n°101, 12-13.

La fiche de liaison transport patient est un outil destiné aux infirmières, brancardiers et prestataires de service pour améliorer la transmission des informations concernant le patient, et évaluer la part de responsabilité des différents acteurs dans la chaîne du transport patient à l'intérieur de l'hôpital. (R.A.).

OURTH BRESLE (M.J.)

Réseau hôpital-ville/ville-hôpital : fiche de liaison. *AVENIR ET SANTE*, 2000/10, n°288, 25-28.

Une activité en réseau autour d'un même malade, entre le secteur de ville et l'hôpital, et réciproquement, repose sur l'organisation de la transmission des informations. Différents textes législatifs et réglementaires contribuent à définir les différents outils, supports des informations (Dossier de soins infirmiers, transmissions infirmières, notes infirmières, résumé de soins infirmiers, fiche de liaison, dossier du patient ou dossier de la personne soignée.).



■ Conciliation médicamenteuse

BONNIN (Sylvie) ; TENANT (Martine)

Accompagner l'infirmière dans une gestion optimale des thérapeutiques. *SOINS*, 2015/06, n°796 Supp., 2S10-2S12. 5 réf.

L'infirmière est en première ligne dans la mise en oeuvre et l'administration des thérapeutiques. En équipe et en interaction avec le médecin prescripteur, elle surveille les effets et contribue ainsi à optimiser la sécurité des patients. Ces pratiques s'inscrivent dans une politique de gestion des risques insufflée par les établissements de santé. (RA)

DEVERS (Gilles)

Distribution des médicaments et compétences professionnelles. *DROIT DEONTOLOGIE ET SOIN*, 2009/09, vol. 9, n°3, 312-325.

La question de la distribution des médicaments reste un point de difficultés récurrentes, alors que l'état du droit est finalement bien connu. Une disposition de la loi « Hôpital, patients, santé et territoires », au prétexte d'apporter de la clarification vient semer le trouble. A, en effet, été introduit dans cette loi, un article devenu le nouvel article L. 313-26 du code de l'action sociale et des familles, issu de cette loi et ainsi rédigé : « Au sein des établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1, lorsque les personnes ne disposent pas d'une autonomie suffisante pour prendre seules le traitement prescrit par un médecin à l'exclusion de tout autre, l'aide à la prise de ce traitement constitue une modalité d'accompagnement de la personne dans les actes de sa vie courante. L'aide à la prise des médicaments peut, à ce titre, être assurée par toute personne chargée de l'aide aux actes de la vie courante dès lors que, compte tenu de la nature du médicament, le mode de prise ne présente ni difficulté d'administration ni d'apprentissage particulier. Le libellé de la prescription médicale permet, selon qu'il est fait ou non référence à la nécessité de l'intervention d'auxiliaires médicaux, de distinguer s'il s'agit ou non d'un acte de la vie courante. » Des protocoles de soins sont élaborés avec l'équipe soignante afin que les personnes chargées de l'aide à la prise des médicaments soient informées des doses prescrites et du moment de la prise ». À première lecture, la situation est, de fait, éclaircie, et pour la question stricte traitée, c'est-à-dire, dans le secteur médicosocial, la loi donne un cadre légal. Mais, en réalité, cette loi ne change rien à l'état du droit existant. Aussi, en intervenant ainsi sur un cas particulier, le législateur prend bien inutilement le risque de créer la confusion, laissant penser que ces dispositions ne seraient pas un cadre général. Il est donc nécessaire de reprendre une analyse globale, pour rappeler ce qu'est le régime légal, car il en va de la sécurité des patients et des devoirs des soignants, susceptibles d'être sanctionnés pour avoir ignoré ce cadre, et en avoir fait trop ou pas assez. L'aide à la prise des médicaments peut être confiée à des aides-soignants ou à des personnes non diplômées, mais avec une surveillance, dans ce cas, quasi inexistante. © 2009 Elsevier Masson SAS.

LE GARLANTEZEC (Patrick) ; MULLOT (Hélène) ; AUPEE (Olivier) ; ALMERAS (David) ; FRAYSSE (Martial) ; BOHAND (Xavier)

Le dossier pharmaceutique. Un nouvel outil dans la lutte contre l'iatrogénie médicamenteuse ? Les risques et la sécurité du patient. *GESTIONS HOSPITALIÈRES*, 2009/04, n°485, 228-233, tabl.. réf.bibl.

[BDSP. Notice produite par EHESP GGR0xoJm. Diffusion soumise à autorisation]. Les nouvelles technologies de l'information et des communications vont bientôt permettre de déployer le dossier médical partagé et le dossier pharmaceutique, deux supports informatisés distincts, accessibles en réseau par les professionnels de santé. Le dossier pharmaceutique, déployé dans un premier temps dans les pharmacies de ville, devrait s'étendre à l'hôpital et permettre de décroiser ces deux domaines d'activité. L'anamnèse médicamenteuse du patient deviendrait ainsi accessible à l'hôpital et concernerait les traitements avant l'admission ou prescrits pendant l'hospitalisation. Le suivi thérapeutique par le contrôle de l'observance est aussi une plus-value indéniable, de même que la contribution aux différentes mesures de pharmacovigilance. Le dossier pharmaceutique peut ainsi être vu comme un moyen d'optimiser la prise en charge du patient en tentant de lui assurer un maximum d'efficacité dans l'acte de dispensation et de suivi thérapeutique.



GOUGET (Bernard) ; BENSADON (Anne-Carole) ; JUNGFER (Françoise) ; et al.

Dossier : circuit du médicament. *TECHNIQUES HOSPITALIERES*, 2006/07-08, n°698, 16-65, tabl., graph., phot.. réf. bibl.

Ce dossier sur le circuit du médicament comporte les thèmes suivants : - sécurité du patient, iatrogénie médicamenteuse et informatisation du circuit du médicament ; - Le point sur les nouvelles dispositions réglementaires ; - Un outil d'évaluation du circuit du médicament, développé par la Haute autorité de santé ; - Réflexion sur la mise en place de la dispensation à délivrance nominative ; - Passer d'une distribution globale à une préparation à la pharmacie des doses à administrer au patient ; - La nouvelle rétrocession pharmaceutique hospitalière ; - Informatisation du circuit du médicament ; - Améliorer la détection des erreurs, lors de la fabrication centralisée des chimiothérapies.

■ Sites Internet et ressources en ligne

[Consultés le 20/11/2015]

HAS (Haute Autorité de Santé)

Indicateurs de qualité et de sécurité des soins

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1500957/fr/indicateurs-de-qualite-et-de-securite-des-soins

Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des droits des femmes

La semaine de la sécurité des patients

<http://www.sante.gouv.fr/la-semaine-de-la-securite-des-patients-ameliorer-la-communication-entre-soignes-et-soignants.html>

SFPC (Société Française de Pharmacie clinique)

Ressources (mémo, fiche...) sur la conciliation médicamenteuse

<http://www.sfpc.eu/fr/publications-fr/documents-publies-par-la-sfpc/conciliation-medicamenteuse.html>

ARS IDF (Agence Régionale de Santé Ile-de-France)

Ressources sur la qualité et la sécurité des soins.

<http://www.ars.iledefrance.sante.fr/Qualite-et-Securite-des-Soins.81558.0.html>