



---

## AVIS DE LA COMMISSION CONSULTATIVE

### JANVIER 2016

---

**Quels sont les enjeux éthiques et les limites aux moyens d'identification des patients en Soins de Suite et Rééducation (SSR) et en Soins de Longue Durée (SLD) ? Exemple du bracelet.**

#### Plan de l'avis :

Introduction : la saisine.	Page 2
I - Le contexte et la légitimité du questionnement éthique.	Page 3
II - Les propositions de réflexions.	Page 5
Stigmatisation, marquage, enfermement.	Page 5
Un moyen utile mais insuffisant.	Page 6
La primauté de la relation / Le risque de déshumanisation	Page 7
L'indispensable possibilité de refus.	Page 8
Les limites des moyens d'identification – jusqu'où aller ?	Page 9
Concilier sécurité et liberté.	Page 11
Identification ou identité ?	Page 12
Une information compréhensible - La confidentialité.	Page 13
Conclusion :	Page 14

## INTRODUCTION : LA SAISINE.

A ce jour, au sein de l'institution hospitalière dans laquelle exerce le demandeur, pour limiter les risques d'erreurs liées à l'identification des patients, le bracelet d'identité est utilisé pour les patients incapables de donner leur identité (même temporairement), pour les enfants, pour les personnes non communicantes ayant des troubles neurologiques, en anesthésie et en chirurgie, en maternité (avec un bracelet unique au départ qui se sépare en deux après la naissance), mais également dans des secteurs de cardiologie. La cellule d'identitovigilance a le projet d'étendre le port du bracelet d'identité à tous les patients hospitalisés « en aigu » pour le généraliser à toutes les hospitalisations en MCO - Médecine, Chirurgie, Obstétrique - consultations exclues. Selon le demandeur, cette extension permettra de mettre à jour la politique d'identification du patient en MCO de façon homogène, en cohérence avec la priorité donnée à la sécurité (pour le soigné et le soignant), ainsi qu'avec les critères de l'assureur.

L'extension n'est cependant pas envisagée en psychiatrie (parmi les arguments donnés par les soignants de ce secteur s'opposant au port du bracelet, avait été émis, par exemple, le risque que le patient tente de l'enlever et de l'avaler) ; le port du bracelet n'y est prévu que lorsqu'il y a des examens en dehors du secteur de psychiatrie, avec des transports externes. Il existe ainsi une procédure spécifique pour la psychiatrie.

Ce projet d'extension a été approuvé par les différentes instances institutionnelles : la Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la prise en charge (pour laquelle le port du bracelet par tous évite les stigmatisations de certains), la Commission des Soins Infirmiers, Rééducation et Médico-technique (tous les membres ont voté pour, un seul s'est abstenu), la sous-commission Qualité de la Commission Médicale d'Etablissement et le Bureau des Coordinations Qualité Risques Vigilances. Une enquête interne a récemment été menée auprès des patients<sup>1</sup> : 75% le trouve rassurant, pour 84% le bracelet n'est pas dépersonnalisant ni indiscret, pour 95% il n'est pas humiliant.

La procédure prévoit l'éventualité du refus du patient (dans ce cas, cela est noté dans le dossier). Par ailleurs, les informations inscrites sur le bracelet doivent être vérifiées par le patient, lorsqu'il le peut, à la demande du soignant. Le diaporama de la cellule Expertise identitovigilance, intitulé « Généralisation du bracelet d'identité à tous les patients MCO », qui a servi de support de présentation au sein des différentes instances institutionnelles locales, rappelle l'importance du dialogue à préserver avec le patient : « Il y a nécessité de garder un espace d'échange soignant-soigné, le bracelet n'empêche pas une relation chaleureuse et humaine entre le soignant et le soigné ».

Pour le demandeur, la généralisation des bracelets à toutes les hospitalisations de court séjour MCO présente des bénéfices pour la sécurité du patient supérieurs aux freins et questionnements éthiques, notamment si le soignant prend le temps d'expliquer l'intérêt du bracelet au patient au moment de sa pose. Ainsi la commission d'éthique du CHU de Nantes a déjà émis un avis favorable à la même demande d'extension en MCO en 2011.

En revanche, **du point de vue du demandeur, le port du bracelet s'avère plus problématique en SSR (Soins de Suite et Réadaptation) et SLD (Soins de Longue Durée)**, autrement dit en moyen et long séjour. Actuellement, les patients en SSR et SLD qui savent s'exprimer ne portent pas de bracelet et cela ne changera pas. Mais les patients de SSR (éveil des comas...) et SLD qui en ont besoin (parce qu'ils ne sont pas capables de donner leur identité), le refusent souvent. Les patients les arrachent parce qu'ils sont inconfortables dans la durée et/ou n'en comprennent pas l'utilité. D'autres moyens d'identification sont donc recherchés (marquage sur le vêtement, sur la porte ...), voire d'autres stratégies (maintenir le port du bracelet pendant 15 jours, ce qui permettrait aux différentes équipes d'apprendre à reconnaître les patients). C'est dans ce cadre que la commission consultative de l'espace éthique est saisie : **Quels sont donc les bons moyens pour bien identifier les patients en SSR et SLD sans les stigmatiser ? Et, si l'on élargit le questionnement, quels sont les enjeux éthiques et les limites aux moyens d'identification des patients en Soins de Suite et Rééducation et en Soins de Longue Durée ? Exemple du bracelet.**

---

<sup>1</sup> Concernant cette démarche d'enquête, des questions ont été posées dans un premier temps directement à des patients. Dans un second temps, un questionnaire a été remis au même moment que le livret d'accueil (les patients l'ont donc rempli seuls).

## I - LE CONTEXTE ET LA LEGITIMITE DU QUESTIONNEMENT ETHIQUE.

Qu'est-ce que l'identitovigilance ?

*L'identitovigilance est un système de surveillance, de gestion des risques et des erreurs liés à l'identification des patients. Elle correspond à toute l'organisation mise en place pour garantir à chaque patient une identification unique et fiable, dès son admission et durant toute sa prise en charge.*

*Elle se base sur des procédures administratives strictes pour rechercher et enregistrer la venue du patient avec toutes les informations d'Etat civil qui le définissent : nom, prénom, sexe, date et lieu de naissance. (...) Avant tout acte de soin, il faut demander au patient de dire son nom, prénom et date de naissance s'il est en capacité de le faire. Si ce n'est pas le cas, il faut lui mettre un bracelet portant son identité. (...) Cette vérification d'identité est le premier acte de soin qui doit être systématique, même lorsque le patient est connu du personnel.<sup>2</sup>*

L'article du journal de communication interne qui contient ces informations précise le risque de confusion entre des patients homonymes, au regard du nombre important de patients pris en charge, d'autant que le dossier administratif du patient est transmis à tous les logiciels qui composent le dossier médical informatisé. *Le plus gros risque est la fusion de deux dossiers que l'on pense identiques et qui ne le sont pas. C'est à ce titre que bien identifier le patient représente un enjeu majeur.*

Et, en effet, l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge constitue une « PEP », pratique exigible prioritaire, dans la démarche de certification : *Il s'agit d'un enjeu majeur pour la continuité et la sécurité des soins compte-tenu du risque d'erreurs potentiellement graves liées à une mauvaise identification (erreur de site opératoire, erreur de traitement, erreurs de résultats de laboratoire, etc.). Un système de surveillance, de correction et de prévention des erreurs permet de maîtriser ce risque.<sup>3</sup> Il est ajouté : Ce thème est par ailleurs spécifiquement traité dans le critère relatif à l'organisation du bloc opératoire.*

La Haute Autorité de Santé donne d'ailleurs un exemple d'erreur d'identité au bloc opératoire pédiatrique pour favoriser une politique de gestion des risques et de sécurité du patient<sup>4</sup> : « En déroulant la check-list du patient au bloc opératoire, l'anesthésiste s'aperçoit, à la lecture des informations du dossier et du bracelet d'identification, que l'enfant qu'il s'apprête à anesthésier pour une chirurgie ORL doit en fait bénéficier d'un acte urologique. En comparant les informations avec l'autre enfant resté dans le sas, il comprend l'inversion entre les deux enfants ».

Ainsi, la démarche de certification, les recommandations de la HAS, l'analyse des événements indésirables et le travail de la cellule expertise identitovigilance de l'établissement du demandeur ont conduit le centre hospitalier à mettre en place des actions de prévention et de gestion des risques, pour une meilleure sécurité du patient. C'est dans ce cadre que des procédures et des moyens d'identification sont mis en place, dont le bracelet d'identité.

---

<sup>2</sup> Interview donnée par le médecin coordonnateur des vigilances sanitaires et de l'identitovigilance, dans le journal interne, juillet/août/septembre 2015.

<sup>3</sup> Extrait du critère 15.a dans le manuel de certification V-2014.

<sup>4</sup> Document intitulé « Sécurité du patient – Gérer les risques – Comprendre pour agir sur les événements indésirables associés aux soins – EIAS », publié le 20 octobre 2014.

Pour autant, si son utilité paraît évidente pour les actes d'anesthésie et de chirurgie et les situations précédemment énoncées, certains soignants ont émis, il y a quelques années, une réticence, voire une opposition, à sa mise en place et à sa généralisation. L'avis de comités d'éthique a parfois été sollicité. On peut lire, par exemple : « *La généralisation du port du bracelet d'identification à l'ensemble des patients du centre hospitalier de Saint-Nazaire ne semble pas indispensable pour garantir la sécurité des soins. Les principales objections à la généralisation tiennent à la crainte d'une stigmatisation de la population des hospitalisés (le « marquage » des personnes ayant une connotation ségrégative depuis des précédents historiques), à la perte par la personne de son libre arbitre devant une obligation institutionnelle, à la diminution de la relation humaine dans le cadre du soin* »<sup>5</sup>. La suite du texte préconise le port du bracelet dans certaines situations et recommande le recueil d'un possible refus, l'intelligibilité des informations sur le bracelet par le patient, enfin des actions de sensibilisation du personnel soignant pour éviter toute déshumanisation de la relation.

Le demandeur nous dit constater qu'en 2016, la culture a changé et les préoccupations des médecins et soignants liées au « marquage » des patients se sont atténuées. Mais l'on pourrait se demander ce qui a contribué à atténuer ces préoccupations. Force est de remarquer, par ailleurs, qu'au regard du nombre de problèmes qui se posent à l'hôpital, les soignants sont conduits à passer « au suivant » sans que le précédent problème soit forcément résolu. Toutefois, que des soignants se posent encore des questions quant à l'utilisation des techniques d'identification utilisées interroge **l'impact possible de ces techniques en termes de sens du soin** et montre l'importance de **maintenir et de renouveler le questionnement intrinsèquement éthique lié aux pratiques soignantes**. On ne peut ignorer les réactions que la généralisation du port du bracelet entraîne encore, ni les réduire à un mécanisme de résistance au changement. Si l'usage de moyens d'identification n'était pas problématique, pourquoi l'aurait-on d'abord restreint à des catégories de personnes ou de situations ? Il ne peut être question que de confort ou d'esthétisme. Le questionnement demeure donc légitime et nous proposons d'approfondir l'analyse en nous penchant sur quelques pistes de réflexion générale (sans prétendre à l'exhaustivité), et en creusant plus particulièrement la question pour les patients de SSR et SLD.

Ainsi, l'objectif de la commission consultative n'est pas d'adopter une posture pour ou contre l'extension du port du bracelet à certaines situations de moyens et longs séjours, mais d'en comprendre les enjeux, les limites et les écueils. **Quelles sont les valeurs qui promeuvent cet usage, quelles sont les valeurs qui le freinent ?** Comment la médecine et les soins peuvent-ils être impactés par cet usage ?

---

<sup>5</sup> Article « Les bracelets et l'éthique », dans la rubrique « Compétences » du journal d'information du CH de Saint-Nazaire de décembre 2010.

## II - LES PROPOSITIONS DE REFLEXION.

### Stigmatisation, marquage, enfermement.

Il est intéressant de noter que, dans l'exemple qui vient d'être donné, la généralisation du port du bracelet est écartée au titre d'une stigmatisation. Car c'est bien ce même argument qui défend cette même généralisation (c'est la remarque de la commission des usagers, rapportée par le demandeur). Toutefois, on ne se place pas à la même échelle : d'un côté, généraliser le port du bracelet revient à stigmatiser une population de « patients hospitalisés » (on marque les malades et on les stigmatise par rapport à l'ensemble de la population) ; de l'autre côté, on stigmatise certains malades hospitalisés dans certains secteurs et pour certaines pathologies (on marque certains malades et on les stigmatise par rapport à la population des malades hospitalisés). C'est pourquoi, le CH de Saint-Nazaire refuse la généralisation (pour éviter de stigmatiser les malades hospitalisés par rapport aux non-malades ou aux non-hospitalisés) tout en reconnaissant l'importance et l'utilité du bracelet non pas pour certains malades, mais dans certaines situations. Parler de « situations » éviterait de viser des individus. Par exemple, dans un document du centre hospitalier de Libourne, daté de mars 2013 et intitulé « Synthèse à propos du bracelet d'identification (BI) au CHG », parmi les précautions et conditions suggérées, l'on peut lire : « *La progressivité de la mise en œuvre, en établissant un ordre de priorité construit sur la notion de « zone à risques » ou de « situations à risques<sup>6</sup> » plutôt que sur celle de personne ou de groupe à risques, source connue de stigmatisation* ».

Les expériences de mises en place et de généralisation du bracelet d'identification ici et ailleurs ont généré davantage de résistance de la part des soignants que des soignés, plus particulièrement encore de la part des médecins (certains de dire qu'ils ne « baguent » pas les patients, renvoyant ainsi au champ de l'animal, montrant l'écueil possible quant à la considération accordée au patient). Il faut reconnaître que le patient n'est probablement pas dans les meilleures conditions pour réfléchir à la légitimité de cette technique, préoccupé par son hospitalisation et tout ce qu'elle implique, recevant un nombre important d'informations à assimiler. Cette représentation du « marquage » est un argument d'opposition qui mérite d'être écouté. Dans un article de 2009<sup>7</sup>, on peut lire : « *Si le port du bracelet d'identification renvoie, dans l'esprit des soignants comme des soignés de ce début du XXI<sup>ème</sup> siècle, à des représentations négatives – camps de concentration, prisons, etc. – alors, il faut impérativement les respecter. On ne peut prendre soin correctement si l'on travaille – et on ne peut être pris en soin correctement si l'on est accueilli – dans un endroit où de nombreux éléments renverraient à des images et des sensations d'univers carcéral, de lieux de souffrances ou de massacres* ».

Cela fait écho, par ailleurs, à l'histoire de l'hôpital<sup>8</sup> et à l'une des tensions qui le caractérise entre soins-secours-protection et violence-enfermement-normalisation (contrôle). Car, si l'assistance publique a été offerte dans une optique de secours, elle a aussi été forcée dans une logique d'enfermement des indésirables pour la sécurité du plus grand nombre<sup>9</sup>. Cette logique n'est plus d'actualité. Pour autant, si l'on n'est plus enfermé à l'asile, on peut

<sup>6</sup> Insistons, pour notre part, sur la notion de risque entendu comme série de probabilités et non comme certitude. Ce qui n'est pas anodin en termes d'ajustement à la situation.

<sup>7</sup> Article « Au sujet des bracelets d'identification des patients hospitalisés », de Jérôme PELLISSIER, écrivain, chercheur en psychogérontologie, formateur – Soins Cadres Santé n°69, février 2009.

<sup>8</sup> *L'hôpital public en France : bilan et perspectives*, étude présentée par Eric MOLINIE, 2005 (Avis et Rapports du Conseil Economique et Social – République française).

<sup>9</sup> Les hospices ou maisons hospitalières sont une création religieuse de l'Occident chrétien au IV<sup>ème</sup> siècle (*hostis* signifie étranger, qu'il soit ami ou ennemi). Au VI<sup>ème</sup> siècle, le concile d'Orléans confie la mission d'accueillir et de recueillir pèlerins et indigents, de les nourrir et d'en prendre soin. L'hôpital évoluera alors de la charité religieuse à l'assistance universelle laïque et de l'hébergement

encore être hospitalisé sous contrainte (ce qui n'est pas remis en cause ici) et, l'on entend dire encore aujourd'hui que « le patient a fugué »<sup>10</sup> lorsqu'il sort de l'hôpital sans signer le document ad-hoc.

L'article intitulé « Liberté ou sécurité, faut-il choisir ? »<sup>11</sup> évoque la dimension politique de cette question : « *Il faut dire, et Michel Foucault l'a magistralement montré dans son célèbre livre Surveiller et punir, que si historiquement l'hôpital a été un lieu d'asile, il a aussi été un lieu d'enfermement. Encore récemment, la personne malade a été socialement conditionnée à percevoir comme normal le fait d'être dépouillée de ses droits d'expression en entrant à l'hôpital (le pyjama quasi obligatoire en étant une des formes symboliques). Ce **schéma de soumission** nécessaire aux soins est **ancré de manière automatique dans l'inconscient** de nombreux soignants* ».

L'hôpital peut donc représenter un milieu contraignant, régi par des procédures gommant l'individu, où la frontière entre protection et enfermement peut apparaître floue. Cette polarité est intéressante pour réfléchir sur les situations d'hospitalisation de longue durée et d'hébergement. Elle permet d'interroger les valeurs qui animent le soin et le prendre soin, ainsi que les limites. **Jusqu'où protéger le patient ?** Peut-on le protéger « contre lui-même » ? Ne cherche-t-on qu'à protéger le patient ? L'on comprend aisément l'utilité d'un bracelet permettant d'identifier une personne âgée désorientée qui se trouve hors de l'EHPAD sans qu'elle puisse retrouver son chemin, mais peut-on lui imposer ce bracelet sans tenir compte de son avis (y compris quand cet avis change souvent ou lorsqu'il n'est pas logiquement fondé) ? **Quel niveau d'autonomie donne-t-on à la personne hospitalisée en général et à la personne âgée en institution en particulier ? Quel modèle de relation met-on en place ?** Les écueils de la déshumanisation et du délitement de la responsabilité sont, comme souvent, présents.

### Un moyen utile mais insuffisant.

Le bracelet d'identification est jugé comme un moyen utile pour améliorer la sécurité des patients et minimiser les risques liés aux erreurs d'identification. Il a été reconnu nécessaire dans certains contextes de prise en charge (blocs opératoires ...). Toutefois, même dans ces situations, il reste insuffisant : insuffisant en tant que tel (un seul moyen ne peut prévenir ni résoudre tous les problèmes liés à l'identification), insuffisant en tant que moyen qui ne diminue pas l'importance de la vigilance humaine (toujours vérifier). Ni l'usage que l'on fait d'une technique, ni la multiplication des moyens et des acteurs, ne doivent déliter la responsabilité, y compris (et d'autant plus) lorsque celle-ci est partagée.

---

au soin. Il faut toutefois évoquer le fait qu'avec les grandes épidémies de peste, lèpre et choléra, du XII<sup>ème</sup> au XVII<sup>ème</sup> siècle, « l'étranger reçu comme hôte par charité chrétienne dans les hôpitaux est remplacé par le lépreux contagieux et le mendiant suspecté de vol ». Il devient question de sécurité publique : « A l'origine, il s'agit d'une démarche volontaire, mais très vite, ils y sont conduits par une police spéciale ». L'hôpital est alors un lieu d'incarcération. DIDEROT parle d'enfermement dans l'Encyclopédie en 1778. Pour des raisons essentiellement financières et administratives, les hôpitaux seront nationalisés après la Révolution Française, par un décret du 11 juillet 1794. La logique d'enfermement est alors affichée comme contraire aux valeurs républicaines.

<sup>10</sup> L'expression appropriée est : *le patient est sorti à l'insu du service*.

<sup>11</sup> Article « Liberté ou sécurité : faut-il choisir ? », de Christian GILIOLI et Philippe SVANDRA, cadres supérieurs de santé et docteurs en philosophie, paru dans Expériences n°490 – Gestions hospitalières, novembre 2009.

« En tout état de cause, la pose du bracelet d'identification est un moyen supplémentaire d'assurer la sécurité des patients dans certaines situations de prise en charge, qui ne doit en aucun cas se substituer au dialogue avec le patient pour vérifier son identité et assurer un suivi des soins dans les divers services hospitaliers au sein desquels il est susceptible d'être accueilli »<sup>12</sup>. Ces notions de **dialogue** et d'**accueil** marquent une **dimension indispensable au soin et à l'hospitalité** : elle engage, de la part du soignant, une **ouverture à l'autre**. Car s'il y a ici deux hôtes – le soignant qui reçoit et le soigné qui est reçu – leurs places s'avèrent fort différentes, c'est ce qui rend la relation thérapeutique asymétrique. Une asymétrie qui rappelle au soignant la vulnérabilité du soigné et sa propre responsabilité vis-à-vis de lui. Une asymétrie qui oblige le soignant à ajuster sa prise en charge. Une asymétrie d'autant plus marquée dans les contextes qui nous sont soumis par le demandeur : en SSR et SLD, pour des patients qui sont incapables, de façon temporaire ou définitive, de se nommer (parce qu'ils ne sont pas capables de donner leur identité), et qui souvent refusent le bracelet (parce ce qu'il est inconfortable dans la durée et/ou n'en comprennent pas l'utilité, ou pour des raisons qui échappent à notre raison).

Notons que le bracelet d'identification s'inscrit **dans le champ de la prévention** des risques et accidents liés aux erreurs d'identification, qu'il est, en tant que tel, utile bien qu'il demeure insuffisant et qu'**il ne permet pas de faire l'économie de l'attention humaine** (peut-être même l'appelle-t-il plus encore) – dans le sens du **faire attention** (prudence, vigilance) et du **porter attention** (souci, écoute). Ce qui vaut, plus encore, pour les malades de SSR et SLD identifiés comme ayant besoin d'un tel bracelet.

### La primauté de la relation / Le risque de déshumanisation.

L'hôpital est également un milieu de contraintes professionnelles que les soignants respectent selon des objectifs d'hygiène, de sécurité, d'efficacité, de traçabilité ou de qualité des prises en charge. Les professionnels de santé peuvent avoir l'impression que ces contraintes se multiplient au fil du temps et le poids de celles-ci peut affecter leur capacité de relation et de créativité. Dans ce cadre, l'on peut avoir tendance à réduire le temps et la qualité de relation au profit d'automatismes. Or, les erreurs surviennent lorsqu'on ne se pose plus de questions – erreurs de tous ordres (y compris l'erreur sur le plan relationnel).

Pour le dire autrement, le moyen et l'usage que l'on en fait viennent modifier la temporalité du soin : par cet usage, le soignant peut s'éloigner plus encore de la temporalité du patient. Qu'est-ce qui engagerait le soignant à mettre en place une relation intersubjective, non-objectivable, non-maîtrisable, coûteuse de temps, s'il suffisait de biper le code-barre sur le bracelet (ce même code que l'on trouve aujourd'hui sur les courriers, pas encore sur les bracelets) pour vérifier l'identité du patient ? **Le risque est d'adopter une attitude d'indifférence non-intentionnelle, générant une blessure morale d'abord pour le patient** (celle de ne pas être reconnu comme un être humain considéré dans sa dignité), **mais aussi pour le soignant** (perdant le sens d'un métier de l'humain, sens qui n'existe que s'il est créé par celui qui l'exerce – ce qui suppose qu'il bénéficie des conditions pour le faire). L'analyse se place à la fois sur le plan du soin (entre le soignant et le soigné), mais aussi dans une dimension managériale (les conditions du soin).

Ainsi, **l'écueil de déshumanisation** (ou désobjectivation – qui consiste à ne pas considérer le patient comme un sujet au même titre que soi-même, mais comme un objet, une chose) **relève de la responsabilité du soignant et de son attention au quotidien**. Le risque d'objectivation ne peut être réduit au moyen lui-même : « *La technique, seule, ne déshumanise pas la relation. En revanche, cette dernière peut s'appuyer sur la technique pour se déshumaniser* » peut-on lire dans un article de 2009<sup>13</sup>. Et de poursuivre : « *Nous le savons : l'absence de sonnettes aux portes des*

<sup>12</sup> Cité en note 5 : Article « Les bracelets et l'éthique », dans la rubrique « Compétences » du journal d'information du CH de Saint-Nazaire de décembre 2010.

<sup>13</sup> et <sup>14</sup> Même référence que la note 6.



*chambres n'empêchent pas de nombreux soignants d'y frapper avant d'entrer ... et, a contrario, la présence de sonnettes n'empêcherait pas certains soignants de continuer à entrer sans prévenir. Le bracelet d'identification se situe sur le même registre (...)*». Pour autant, il ne peut y avoir de paradoxe ni d'incohérence entre cette nécessité relationnelle et les autres exigences institutionnelles qui s'imposent aux soignants. Les conditions d'exercice doivent favoriser et valoriser les postures relationnelles comme « humainement rentables » (bien qu'elles ne soient pas codifiables).

C'est en ce sens qu'est préconisée une sensibilisation ou **une formation des professionnels qui ne se réduise pas à de l'information (un discours normé), mais qui intègre une compétence à l'écoute de l'autre**. Car l'information ne suffit pas à la relation. « Réduire une relation entre humains à un échange d'informations, c'est la rendre identique à une liaison de machines, autrement dit à une relation sans pensée, sans émotions, sans humanités »<sup>14</sup>. L'on pourrait donc recommander de former sans déformer, de ne pas chercher à normaliser la relation au point de la réduire à une simple transmission d'informations et à un simple recueil de confirmations. Le cas échéant, l'on condamne les soignants à une attitude légaliste et systématique, ne nécessitant aucun investissement. Or s'investir dans une relation, c'est y engager sa responsabilité, c'est s'y engager soi-même, c'est peser les mots que l'on utilise, s'interroger sur la manière de répondre, le comportement à adopter – c'est tenir compte de la singularité de l'autre. Cela représente, en soi, un défi – défi d'autant plus grand quand cette singularité est mise à mal par la maladie, par exemple pour des patients incapables de s'exprimer ou des patients âgés déments.

### **L'indispensable possibilité de refus**

Si le bracelet d'identification peut être proposé, comme d'autres moyens ou stratégies permettant l'identification, il ne peut être imposé de manière catégorique. Son refus ne doit pas influencer sur la qualité de la relation thérapeutique (ce n'est pas une condition pour être *bien soigné*) ; au contraire, il implique la nécessité de la maintenir et de la renforcer (peut-être faudra-t-il expliquer une nouvelle fois, plus tard, autrement, par un autre interlocuteur, peut-être faudra-t-il essayer un autre moyen ...). C'est la possibilité de refus qui permet d'envisager une possibilité d'acceptation. **On ne peut consentir que s'il reste possible de refuser.**

La relation thérapeutique reste essentielle au soin et donc à la proposition et à la pose du bracelet d'identification envisagées comme premier soin, et elle demeure essentielle dans sa dimension bilatérale : nous l'avons dit, elle n'est pas qu'une transmission et un recueil d'informations, elle est aussi et surtout ouverture, écoute, échange, conseil, souci ... Par conséquent, le patient peut refuser cette proposition. « *De même qu'on ne peut prendre soin de quelqu'un contre son gré, on ne peut imposer une technique, même au nom de la sécurité, à des soignants et à des soignés contre leur gré. Le faire, ce serait affirmer qu'il existe des personnes qui savent mieux que les soignants et les soignés ce que doit être un lieu de soins* ». C'est en ce sens que l'auteur de cet article parle d'une *forme de totalitarisme technocratique*, comme d'autres parlent de totalitarisme sécuritaire.

Si l'hôpital conseille vivement le bracelet d'identification, il ne peut le rendre obligatoire. Le patient doit y consentir sur la base d'une information claire donnée à des moments opportuns. Que l'information soit inscrite dans le livret d'accueil du patient est indispensable, mais cela n'est pas suffisant. On peut supposer, en effet, que tous les patients ne lisent pas l'intégralité du livret d'accueil, ni ne retiennent forcément tout ce qu'il contient.

Le refus doit rester envisageable et respecté ; il peut être tracé comme certains le recommandent. Mais doit-il faire l'objet d'une procédure spécifique ? En tous les cas, rendre cette procédure complexe s'inscrit à l'encontre du respect de ce refus. A titre d'exemple, un centre hospitalier explique, dans son livret d'accueil, qu'en complément du bracelet d'identification, une photographie sera jointe au dossier des patients déambulant à risques et que le patient peut s'y opposer dans le cadre du respect du droit à l'image en adressant un courrier à la direction. Mais qui sont les



patients déambulant à risques et, parmi eux, qui va lire l'information et qui va adresser un courrier à « la direction » ? Cette illustration vise à montrer que complexifier une procédure peut être considéré comme une manière déguisée d'empêcher le refus. Or l'honnêteté reste une valeur des soignants.

Pour autant, le refus peut être questionné : il revient aux soignants de trouver la mesure pour le faire, notamment avec des patients de SSR et SLD pour lesquels le bracelet leur semblerait particulièrement utile. Cela dit, tout refus doit être écouté, qu'il soit formulé de façon logique et argumentée ou qu'il soit simplement exprimé, sans explications ni fondement qui semblerait raisonné. Par ailleurs, d'autres solutions peuvent être réfléchies. Se pose cependant la question des limites des moyens d'identification.

### **Les limites des moyens d'identification – jusqu'où aller ?**

Proposer des moyens d'identification comme le bracelet est une action de prévention (prévention des risques liés aux erreurs d'identification). Mais, dans « l'atmosphère sécuritaire » qui règne dans le contexte socio-politique actuel (comme si tout risque devait être parfaitement maîtrisé et comme si cela s'avérait toujours possible), on peut avoir tendance à passer de la prévention à la surveillance. « *Cette volonté de maîtrise des risques pousse à l'utilisation de procédures ou de protocoles techniques de plus en plus sophistiqués. (...) l'essor des technologies de surveillance électronique pour les personnes qui présentent des troubles du comportement (allant jusqu'à des systèmes de géolocalisation utilisant un GPS) constitue un exemple hautement significatif* »<sup>15</sup>. Mais surveiller, est-ce encore soigner ?

**Jusqu'où ira-t-on dans la prévention, dans la protection, dans la surveillance ? Et jusqu'où ira-t-on dans les techniques : dans leur nature, dans leur nombre ?** Sont-ce les mœurs qui influencent le choix des techniques ou le choix des techniques qui finissent par entrer dans les mœurs ? L'on en revient à l'argument de l'étiquetage : « les patients ne sont pas des marchandises » pouvait-on lire dans *L'aide-soignante* en 2008<sup>16</sup>, article qui critiquait la généralisation du bracelet d'identification à des patients capables de décliner leur identité. Il reprenait les propos d'un syndicat infirmier dénonçant un système qui tendait à transformer les patients en « objet de soins », « (...) *lui demander de "s'étiqueter" revient à le nier en tant que personne* ». Cet article faisait également le lien avec la réduction des moyens humains et du temps passé par les soignants auprès des patients.

Toutefois, les moyens de prévention et de surveillance, si perfectionnés et nombreux soient-ils, ne remplaceront pas le soin humain, non pas uniquement du point de vue de l'efficacité, mais d'abord et avant tout du point de vue des valeurs – des valeurs fondatrices. ***Quelles sont les valeurs et les missions du soin ?***, telle est la question qui rend légitime le choix des techniques. Ce choix engage la responsabilité des décideurs (et de ceux qui l'appliquent), tant dans les résultats que dans les représentations et les valeurs qu'il implique. Réduirait-on les informations sur le bracelet à un code-barres au nom de la sécurité ? Imprimerait-on, de façon temporaire, un hashtag sur le poignet des patients au nom de l'hygiène et du confort ? Imposerait-on la puce électronique sous la peau au nom de la confidentialité et de la performance ? Ces exemples volontairement provocateurs tendent à montrer l'importance du questionnement éthique quant aux fondements moraux qui rendent légitimes des choix techniques et leurs usages. Alors, entre sécurité et liberté, faut-il choisir ou est-ce conciliable ?

---

<sup>15</sup> Article « Liberté ou sécurité : faut-il choisir ? », de Christian GILIOLI et Philippe SVANDRA, cadres supérieurs de santé et docteurs en philosophie, paru dans *Expériences* n°490 – Gestions hospitalières, novembre 2009.

<sup>16</sup> « Les patients ne sont pas des marchandises », d'Aurélien HAROCHE -*L'aide-soignante* Vol 22, N° 94 - février 2008.

## Concilier sécurité et liberté.

Un article de 2009, paru dans *gestions hospitalières*<sup>17</sup> revient sur un principe largement utilisé dans le champ de l'éthique soignante, à savoir l'autonomie. Les auteurs énoncent l'écueil lié à ce principe : « *En effet, le respect absolu de l'autonomie d'autrui peut servir de prétexte à une forme d'indifférence à son égard. Mais, inversement, une responsabilité sans limite du soignant peut être ressentie comme une forme d'aliénation de la liberté du soigné, et ce d'autant plus facilement que ce dernier se trouve en situation de vulnérabilité* ». Cette tension place la liberté d'aller et venir des personnes hospitalisées au cœur d'un questionnement éthique : respecter cette liberté tout en assurant la sécurité des patients, dont la vulnérabilité nécessite que l'hôpital assure cette exigence. L'article parle d'injonction contradictoire et explicite le dilemme comme tel : « *admettre que la protection du patient puisse déboucher sur une restriction de liberté ou accepter que le respect de cette liberté puisse mettre en danger la protection que l'on doit à la personne vulnérable* ». Il faut préciser que ce texte se réfère à la loi du 04 mars 2002 et à son chapitre « *De la démocratie sanitaire* » pour faire entendre la notion de liberté d'aller et venir « *non pas seulement dans le sens restrictif d'un mouvement physique mais dans celui plus général de décider pour soi-même* ».

La notion d'autonomie fait l'objet de débat en éthique parce qu'elle se réfère à deux conceptions philosophiques différentes qui lui confèrent, chacune, un sens spécifique. D'une part, la conception minimaliste<sup>18</sup> fait de l'individu autonome un individu souverain sur son corps et son esprit, qui ne peut être limité dans son autonomie, par la communauté, que par le principe de non-nuisance à autrui. D'autre part, la conception maximaliste<sup>19</sup> rend l'autonomie plus rationnelle : cette autonomie doit s'exprimer par la seule raison, elle implique de ne pas nuire ni à autrui ni à soi-même et, si le choix d'un individu autonome le concerne de manière évidente, il concerne également tous les hommes – c'est une liberté raisonnable et responsable, ses choix individuels doivent être « universalisables ». Pour sortir de cette discussion idéologique, les auteurs de l'article préconisent de viser « *un juste milieu entre une autonomie comprise comme indépendance qui, à l'extrême, n'engage en rien, comme soignant, ma responsabilité pour autrui et une position certes bienveillante mais, à terme, dangereuse, qui considère que la vulnérabilité empêcherait par principe tout choix* » - juste milieu qui « *ne saurait être fixé une fois pour toutes* » et qui rend donc nécessaire le renouvellement de la délibération pour chaque situation.

Cette réflexion est d'autant plus éclairante pour le présent avis qu'elle s'intéresse aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, en se référant à Fabrice GZIL<sup>20</sup> qui recommande **d'accorder à ces patients une « présomption de compétence »** si on les reconnaît et les respecte dans leur **dignité**<sup>21</sup>. « *Un mauvais score aux tests cognitifs, un*

<sup>17</sup> Article « Liberté ou sécurité : faut-il choisir ? », de Christian GILIOLI et Philippe SVANDRA, *Gestions hospitalières*, novembre 2009.

<sup>18</sup> Christian GILIOLI et Philippe SVANDRA se réfèrent à la conception anglo-saxonne de l'autonomie et plus particulièrement à John Stuart Mill – *De la liberté* : « La seule raison légitime que puisse avoir une communauté pour user de la force contre un de ses membres est de l'empêcher de nuire aux autres (...). Sur lui-même, sur son corps et son esprit, l'individu est souverain ».

L'on pourrait également citer l'ouvrage de Ruwen OGIEN : *L'éthique aujourd'hui. Maximalistes et minimalistes*.

<sup>19</sup> Christian GILIOLI et Philippe SVANDRA se réfèrent à Kant (*Fondements de la métaphysique des mœurs*) et Rousseau, notamment avec cette phrase extraite *Du contrat social* : « L'impulsion du seul appétit est esclavage et l'obéissance à la loi qu'on s'est prescrite est liberté ».

<sup>20</sup> Fabrice GZIL est l'auteur de *Consentement et autonomie dans la maladie d'Alzheimer* (<http://www.droit.univ-paris5.fr>). Voir également la communication « La question éthique du respect de l'autonomie », dans les *Annales médico-psychologiques* 167 (2009) – Elsevier Masson qui pose la question : « Dans quelle mesure la maladie d'Alzheimer fragilise-t-elle la capacité pour l'autonomie ? » et discutant les réponses de trois auteurs.

<sup>21</sup> Sur le concept philosophique de dignité humaine, voir l'article « DIGNITE » dans le Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale (tome 1), sous la direction de Monique CANTO-SPERBER : « Les origines des notions philosophiques contemporaines de dignité et de respect de soi sont profondément ancrées dans le contexte de l'histoire occidentale, mais c'est surtout dans le contexte de la pensée stoïcienne et de la philosophie des Lumières qu'elles ont établi leur emprise et se sont épanouies. Ces notions sont particulièrement importantes dans l'œuvre de Kant et dans la philosophie politique et morale néo-kantienne, quoique des notions apparentées jouent aussi un rôle considérable dans la pensée de la Renaissance, dans la réflexion de Rousseau, des moralistes britanniques et dans une partie de la philosophie contemporaine qui se distingue du kantisme (...) ». « ... Kant soutient que chaque être humain est doté de dignité (Würde) en vertu de sa nature rationnelle ... ». « A certains moments, Kant semble

*diagnostic de démence, une mesure de protection juridique ... ne signifient pas que le malade soit incapable de comprendre et de décider. A cet égard, il ne faut pas confondre capacité décisionnelle et capacité juridique* ». L'idée de risque reste présente, mise en perspective avec l'idée de vie : « *Pour que les patients puissent continuer à vivre et pas simplement à survivre, il est extrêmement important qu'aidants et soignants acceptent de leur laisser prendre un certain nombre de risques* ». Bien évidemment, il reste question de mesure car les patients demeurent vulnérables : « *Le problème est donc bien celui du niveau de risque qu'il est légitime de laisser courir à des patients dont on sait qu'ils sont vulnérables* ». Pour faire face à ce problème, l'article conseille de discuter avec le patient - une discussion adaptée sur les restrictions inévitables, une discussion qui s'inscrit dans le temps, permettant l'acceptation, pour « *une approche graduelle et négociée* », pour éviter les contextes d'urgence et de précipitation, pour proposer des solutions alternatives et des activités valorisantes. Au regard de l'évolutivité de la maladie, nous pourrions préciser que **ce sont les modes d'attention, d'observation et de communication qui doivent être maintenus en tous les cas**.

Il nous semble que la question des moyens d'identification, notamment la proposition et la pose du bracelet, peut être examinée à la lumière de cette analyse qui conclut sur le fait que « nos choix sont parfois difficilement explicables et peuvent apparaître illogiques ; pourtant, nous pensons être des personnes autonomes ». Pour notre part, nous voudrions ajouter qu'au-delà de l'autonomie et de la présomption de compétence (compétence étant une notion largement utilisée, souvent connotée), il est question de **liberté**, de **dignité** et de **respect**. Si l'on respecte un patient estimé non-autonome, atteint de troubles cognitifs, incapable d'entendre et de tenir un raisonnement logique et argumenté, l'on respecte l'importance de son vécu et de son ressenti au moment présent. Même dans des situations de grande vulnérabilité, l'humain reste un être sensible : **ce qu'il sent et ressent garde une valeur déterminante dans les choix qu'il fait**, même lorsque ses choix ne sont que refus. Dans ces contextes difficiles, la relation est primordiale, dans ses dimensions d'attention, d'écoute et de souci altruiste. Si l'entrée en EHPAD d'un patient atteint de la maladie d'Alzheimer représentait un critère rendant le port du bracelet d'identification obligatoire, quel que soit le patient, quel que soit le stade de sa maladie, quels que soient son avis et son ressenti (au moment de la proposition, au moment de la pose, à un moment ultérieur), au-delà de l'aspect discriminatoire d'une telle mesure, nous serions dans un milieu coercitif, dans un soin technique objectivant, réduit et réducteur, dans une médecine dénaturée et dénaturante. L'on se souvient de l'exemple donné dans l'article paru dans *Aide-soignante ...* L'usage d'une technique peut atteindre une personne au cœur de son identité, y compris lorsqu'elle est employée dans de *bonnes* intentions.

En effet, « *une bonne réponse technique peut être blessante* ». Dans un article de 2009 sur l'agir pour les personnes handicapées<sup>22</sup>, Denis GRISON parle de « *technique sèche* » parmi « *les risques inhérents à une réponse simplement technique au handicap* », croisant ainsi l'écueil de la déresponsabilisation des acteurs et celui de la déshumanisation tels que nous les avons précédemment énoncés. Il écrit : « *La technique "sèche" demande à être enrichie. Nous devons résister à la tentation, bien présente aujourd'hui dans notre société, de vouloir tout traiter au seul niveau technique : il faut ajouter une approche humaine* ». C'est pourquoi il invite à développer une réflexion éthique sur le sens et la fin de l'action – celle-ci étant réduite à un niveau productif, intégrant la dimension sociopolitique. Car « *Faute de réflexions et d'attitudes appropriées, la mort sociale de la personne est anticipée et trop vite validée* ».

---

suggérer que seule une personne douée d'une 'bonne volonté' parfaite peut avoir de la dignité, mais le point de vue qui domine la plupart de ses écrits éthiques est que la valeur morale qu'il nomme 'dignité' doit être attribuée à tous les agents moraux, y compris ceux que leurs actions en rendent indignes ». « **La dignité est 'une valeur inconditionnelle et incomparable'** ... Cela implique, par exemple, que **la dignité d'une personne est indépendante de son statut social, de sa popularité ou de son utilité pour les autres**, car les facteurs peuvent varier lorsque les circonstances changent. En outre, du fait que la dignité est 'incomparable', **l'on ne peut dire qu'une personne a plus de dignité humaine qu'une autre** (...)».

<sup>22</sup> « Agir pour les personnes handicapées : de la technique à l'éthique » de Denis GRISON, paru dans *Ethique et Santé*, mars 2009, cité dans l'avis du comité de réflexion éthique nancéien hospitalo-universitaire.

## Identification ou identité ?

Parmi les moyens d'identification, certains parlent de bracelet d'identification, d'autres de bracelets d'identité ; il est même question de bracelet anti-fugue dans des contextes spécifiques<sup>23</sup>. Pourtant, le choix des mots n'est pas anodin. De même que l'on doit se demander si l'on se situe dans le champ de la prévention ou de la surveillance, l'on doit se demander ce que l'on cherche et pour qui. Identifier les patients afin que le bon soin soit attribué au bon patient revient à vérifier leur identité. Le bracelet est un moyen de vérification, notamment lorsque le patient n'est pas capable de la décliner. « *Mais pourquoi vouloir la généraliser à l'ensemble des patients capables de s'identifier ?* » demande un article publié dans Soins Cadres de Santé<sup>24</sup>. Et d'ajouter : « *Cela serait négliger l'importance qu'a pour un humain le fait de se nommer et de dire comment il souhaite être appelé. Les animaux, comme les choses, en effet, ne se nomment pas, c'est nous qui les nommons ...* ». Il nous semble que l'**importance de se nommer** qui nous est ici rappelée, vaut pour tout patient lorsque cela ne le met pas en défaut. Cela appelle aussi, comme en miroir, l'**importance** pour tout patient **d'être nommé** « *comme il souhaite être appelé* » par l'altérité incarnée par le soignant.

Mais le choix et l'usage des moyens d'identification ne doivent pas réduire l'identité d'un patient à un nom, un prénom, une date de naissance et un numéro de dossier. On ne pourrait donner l'impression au patient qu'il n'est que cela. Son identité ne peut être contenue dans un bracelet. L'identité renvoie à un concept métaphysique relatif à l'existence. Parler d'identité, c'est parler d'appartenance à une espèce, à un groupe social et culturel, à une famille, c'est parler de ressemblances et de différences, d'histoire individuelle et d'individualité, de continuité et de ruptures, de ces changements qui construisent et détruisent, de ce fond permanent qui dure et qui fait l'individu, le sujet, le singulier. La philosophie traite abondamment de ce sujet. Mais, dans la présente saisine, l'attention porte sur l'identité telle qu'elle renvoie à l'humanité de la personne et à son unité dans les 3 dimensions de la temporalité (le sujet reste le même indépendamment des changements qui l'affectent). **Or l'identité peut précisément devenir une notion problématique dans les situations d'éveil de coma et pour les personnes atteintes de maladies comme la maladie d'Alzheimer. Quelle signification un bracelet d'identité peut-il prendre dans ces contextes ?** La question ne peut être abordée de manière théorique et générale, au risque de rester sur une position idéologique de principe. Elle nécessite la sollicitation et la participation des professionnels qui prennent en charge ces patients, incluant les différents métiers soignants, y compris les métiers dits de proximité. Il ne s'agit pas, en effet, d'adopter une vision gestionnaire de ces populations, mais de rester dans le soin – un soin qui nécessite d'être chaque fois ajusté. C'est en ce sens que l'on ne peut décider de critères de manière absolue. Si des critères sont déterminés pour encadrer une pratique, ils ne doivent pas faire perdre de vue l'humanité et la singularité du sujet qui appelle le soin.

Pour poursuivre, identifier, c'est aussi rendre visible. Le philosophe Guillaume LEBLANC s'est intéressé aux invisibles que sont, par exemple, les personnes sans-domicile-fixe (les SDF). Elles demeurent invisibles parce qu'on ne veut pas les voir et perdent ainsi une forme d'humanité. Il prend, pour exemple, le vocabulaire que l'on utilise pour nommer leurs prises de paroles dans la rue, on dit qu'ils « gueulent » - renvoyant ainsi au domaine de l'animal. Ces invisibles n'ont plus le choix que la majorité d'entre nous avons : celui d'être visible à certains moments et invisibles à d'autres. **Exiger le port d'un bracelet d'identité de façon systématique et permanente, est-ce obliger le patient à toujours rester identifiable et visible ? Quel impact cela peut-il avoir en termes d'identité entendue comme relation à soi-même et qui nécessite une certaine intimité ?** Que doit-on savoir du patient qui permette de l'identifier pour lui attribuer le bon soin ? Comment cela doit-il apparaître sur le bracelet ?

<sup>23</sup> Avis du Comité de réflexion éthique nancéien hospitalo-universitaire relatif à la saisine n°12 : « Identification des patients par bracelet ».

<sup>24</sup> Cité en note 6 : Article « Au sujet des bracelets d'identification des patients hospitalisés », de Jérôme PELLISSIER, écrivain, chercheur en psychogérontologie, formateur – Soins Cadres Santé n°69, février 2009.

## Une information compréhensible – La confidentialité

« Enfin, il est recommandé que le bracelet d'identification indique systématiquement le nom et le prénom du malade et non seulement un code ou un algorithme inintelligible par le patient qui le porte »<sup>25</sup>.

Cela s'inscrit d'abord en cohérence avec l'objectif de prévention lui-même : il est important que le soignant puisse vérifier l'identité du patient avec le patient ; ce qui nécessite que l'identité puisse être lue et confirmée par le patient. Car l'impératif de sécurité peut être mis en danger par une erreur commise au départ (risque rencontré pour tout papier dit infalsifiable auquel on confère d'emblée une valeur supérieure). Cela rappelle la primauté de la relation et du dialogue explicitée au début de l'avis. Le soignant ne peut accorder à la technique une confiance absolue contre la parole du patient ; les moyens utilisés ne doivent pas dévaluer cette parole. En revanche, il revient au soignant de construire une posture professionnelle visant une certaine mesure, adaptée au patient : s'il ne doit y avoir d'excès de confiance dans la technique au détriment de la personne, il ne doit y avoir d'excès dans la vérification.

On peut par ailleurs imaginer, probablement pour de *bonnes* raisons, la tentation de mettre toujours plus d'informations sur un tel support par le biais d'un code (le support étant forcément limité en taille) – code lisible par le biais des nouvelles technologies, toutefois incompréhensible par le patient. Cela ne serait pas sans effet ni écueil en termes d'identité et de représentations (de l'hôpital, du soin, du soignant, du patient lui-même). Car identifier, c'est aussi reconnaître. **Les moyens utilisés pour l'identification participent donc à la reconnaissance des patients par les soignants et par l'institution hospitalière.** Ces moyens et les procédures d'utilisation doivent, par ailleurs, assurer la **confidentialité** des données relatives au patient et à son dossier médical. Comment concilier ces différents impératifs ? C'est une question à laquelle les choix et usages des techniques d'identification doivent également répondre. Le bracelet le permet-il ?

---

<sup>25</sup> Article « Les bracelets et l'éthique », dans la rubrique « Compétences » du journal d'information du CH de Saint-Nazaire de décembre 2010.

## CONCLUSION.

**Quels sont les enjeux éthiques et les limites aux moyens d'identification des patients en Soins de Suite et Rééducation et en Soins de Longue Durée ? Exemple du bracelet.** Telle est la formulation de la saisine adressée à la commission consultative d'éthique.

Dans le présent avis, la commission consultative n'a pas cherché à lister les *bons* moyens selon une typologie de patients pour une *bonne* identification, ni à adopter une posture pour ou contre le port du bracelet et son extension. Elle a cherché à en comprendre les enjeux et les écueils notamment pour certaines situations de moyens et longs séjours : en SSR (pour les éveils de coma), en SLD (pour les patients qui ne sont pas capables de donner leur identité. Les valeurs ont également été interrogées, celles qui promeuvent cet usage, celles qui le freinent.

Bien identifier le patient pour lui attribuer le bon soin est un enjeu majeur en termes de sécurité, de qualité et d'efficacité des soins. **Mais comment concilier sécurité, technique et relation ? Comment concilier sécurité, dignité et liberté ? Comment concilier sécurité, confidentialité et reconnaissance ? Comment identifier sans réduire ni l'humanité ni l'identité ?** Telles sont les questions qui nous semblent devoir guider le choix des moyens d'identification et le choix de leur utilisation.

Que vise l'extension de la généralisation du bracelet non seulement en MCO mais aussi pour des patients de SSR et SLD ? Reste-t-on dans le domaine de la prévention des risques liés aux erreurs d'identification ? Ne glisse-t-on pas dans la surveillance ? Quel sens prend la surveillance dans le domaine du soin ? Quel est l'impact de ces choix et usages de moyens d'identification pour la médecine et les soins ? **Ces questions ne peuvent être traitées qu'en collaboration avec les différents professionnels soignants qui prennent en charge les patients de SSR et SLD pour lesquels des moyens d'identification sont nécessaires, pour permettre une cohérence avec les réalités de terrain.**

Ainsi, il nous semble indispensable de rappeler la primauté de la relation humaine dans le soin et dans l'identification comme premier soin. La proposition des moyens d'identification s'intègre donc dans **une posture professionnelle mesurée et respectueuse** et il revient à l'institution d'accompagner les soignants dans l'adoption de cette posture : en les sensibilisant et en incitant à réfléchir sur la technique utilisée, sur sa légitimité, sur son sens, sur sa fin. La réflexion freine la déresponsabilisation et la déshumanisation – ce que d'autres appellent encore « technique sèche », chosification, objectivation ...

Enfin, le bracelet d'identification, comme les autres moyens, peut être proposé, voire conseillé, mais il ne peut être imposé. Le refus doit être envisageable et respecté – peut-être n'est-il pas définitif ? Peut-être signifie-t-il quelque chose ? Il est essentiel que le soignant reste attentif (et que l'institution le lui permette) à ce que veut et ressent le patient, en particulier pour les patients qui ne savent plus toujours ce qu'ils veulent et qui ne savent plus l'exprimer de manière argumentée et rationnelle. Il faut **accorder aux sensations et sentiments de chacun une valeur déterminante**. C'est à ce titre que le confort doit être pris en compte et non être réduit à un argument marketing. Il semble, par exemple, que les bracelets doubles utilisés en maternité soient plus agréables à porter. Peut-on se donner les moyens de proposer des bracelets supportables, en particulier pour des personnes en situation de grande fragilité ?