

CHARTRE IDENTITOVIGILANCE

TRAME COMMUNE

IQ 2014 – contenu 3.2.3 : Sécurité patient – module 3.2.3.1 : Identitovigilance

SOMMAIRE

1. OBJECTIFS	4
2. PÉRIMÈTRE D'APPLICATION	4
3. TERMINOLOGIE	4
3.1. Identitovigilance.....	4
3.2. Identité.....	4
3.3. Identifiant.....	4
3.4. Identification.....	4
3.5. Traits (d'identification).....	4
3.5.1. les traits stricts.....	5
3.5.2. les traits étendus.....	5
3.5.3. les traits complémentaires.....	5
3.6. Domaine d'identification.....	5
3.7. Doublon.....	5
3.8. Collision.....	5
4. IDENTITÉ DU PATIENT AU SEIN DE L'ÉTABLISSEMENT	6
4.1. Identifiant.....	6
4.2. Traits stricts.....	6
4.3. Traits étendus.....	6
5. INSTANCES	6
5.1. Instances mises en place.....	6
5.2. Missions.....	6
5.3. Composition de la structure de pilotage - proposition	7
5.3.1. fonctions opérationnelles d'identitovigilance.....	7
5.4. modalités de fonctionnement de la structure de pilotage.....	7
6. PROCÉDURES	7
6.1. Procédure pour la recherche et la création d'une identité.....	7
6.2. Procédure pour le contrôle et la correction des identités.....	7

6.3.	Procédure pour l'accès au dossier informatisé du patient	8
6.4.	Procédure pour la gestion des droits informatiques	8
6.5.	Procédure pour la gestion des documents internes d'identification (étiquettes, bracelets, ...)	8
6.6.	Procédure pour la vérification de l'identité du patient avant un soin	8
6.7.	Procédure pour l'évaluation de la qualité de l'identification.....	9
7.	INFORMATION ET FORMATION	9
7.1.	Information des patients.....	9
7.2.	Formation du personnel.....	9

1. OBJECTIFS

L'objectif de la Charte d'identitovigilance est :

- d'améliorer la qualité et la sécurité des patients par l'amélioration de l'identification du patient dans sa prise en charge hospitalière
- de contribuer à améliorer l'interopérabilité des systèmes d'information au sein de l'Etablissement et dans le cadre du projet e-Santé

2. PÉRIMÈTRE D'APPLICATION

La Charte d'identitovigilance s'applique à tous les aspects de la prise en charge du patient.

Tous les acteurs et tous les secteurs d'activité hospitaliers sont concernés ainsi que les patients eux-mêmes.

3. TERMINOLOGIE

3.1. IDENTITOVIGILANCE

L'identitovigilance se définit comme un système de surveillance et de prévention des erreurs et risques liés à l'identification des patients. Il s'agit d'un concept élaboré par homologie avec les vigilances sanitaires (pharmacovigilance, hémovigilance, matériovigilance, etc.).

3.2. IDENTITÉ

L'identité du patient est la représentation d'une personne physique dans un système d'information qu'il soit électronique ou papier. Elle est composée d'un identifiant et d'un profil ou ensemble de traits d'identification.

3.3. IDENTIFIANT

Séquence de chiffres ou de caractères unique attribué de manière définitive à un patient au moment de son premier contact avec un système d'information pour lui associer des informations dans le cadre de sa prise en charge sans risque d'erreur.

3.4. IDENTIFICATION

L'identification du patient est l'opération qui consiste à associer le patient à son identifiant dans le système d'information. Il s'agit de faire correspondre des informations, communiquées directement par le patient ou figurant dans un document, avec des traits enregistrés dans le système d'information. Les informations doivent être exactes et suffisantes pour ne pas risquer de confondre le patient avec un autre.

3.5. TRAITS (D'IDENTIFICATION)

Les traits sont les informations qui constituent l'identité du patient et sont censées représenter le patient pour l'identifier de façon unique dans le système d'information.

On distingue :

3.5.1. LES TRAITS STRICTS

Ils sont toujours nécessaires à l'identification certaine du patient. Ils sont en principe immuables pour un même patient et doivent pouvoir être confortés par des documents officiels.

L'établissement est libre de créer ses propres traits stricts.

L'établissement choisit au moins 3 traits stricts parmi les suivants :

- Le nom se trouvant sur un document officiel d'identité, par exemple :
 - carte d'identité,
 - passeport
- ⇒ Référence : Loi du 19 juin 2013 relative à l'identification des personnes physiques (cf. Mém. A107 du 25/06/2013, Mém. A115 du 04/07/2013, A208 du 03/12/2013).
- La date de naissance
 - Le(s) prénom(s) se trouvant sur un document officiel d'identité
 - Le sexe
 - Le n° matricule national

3.5.2. LES TRAITS ÉTENDUS

Ils améliorent et apportent des précisions pour l'identification du patient. Ils sont utilisés pour l'identification du patient en complément des traits stricts notamment pour la recherche de doublons. Ils sont liés au patient et peu susceptibles de changement.

3.5.3. LES TRAITS COMPLÉMENTAIRES

Informations spécifiques confidentielles du patient accessibles à des professionnels habilités. Ils complètent les traits stricts et étendus lorsque ceux-ci peuvent laisser subsister un doute sur l'identité du patient.

3.6. DOMAINE D'IDENTIFICATION

Un domaine d'identification est le périmètre au sein duquel une personne est représentée par un identifiant unique. Au sein d'un établissement hospitalier, il peut exister plusieurs domaines d'identification lorsque des systèmes d'information non interfacés génèrent chacun un identifiant différent.

3.7. DOUBLON

Un doublon est la situation dans laquelle, au sein du même domaine d'identification, un même patient est associé à plusieurs identifiants.

3.8. COLLISION

Une collision est la situation dans laquelle, au sein du même domaine d'identification, un même identifiant est attribué à plusieurs patients.

4. IDENTITÉ DU PATIENT AU SEIN DE L'ÉTABLISSEMENT

4.1. IDENTIFIANT

Description et règles de composition de l'identifiant (cf. définition « *identifiant* » au point 3.3)

4.2. TRAITS STRICTS

Liste, description, règles de saisie/composition des traits stricts ainsi que les droits d'accès à ces traits

4.3. TRAITS ÉTENDUS

Liste, description, règles de saisie/composition des traits étendus ainsi que les droits d'accès à ces traits

5. INSTANCES

5.1. INSTANCES MISES EN PLACE

Chaque établissement hospitalier met en place en son sein un pilotage de l'identitovigilance.

5.2. MISSIONS

La structure de pilotage est chargée de mettre en œuvre la Charte d'identification de l'Établissement. Cette structure de pilotage est mise en place par la Direction de l'établissement hospitalier.

En particulier :

- elle veille à la rédaction, la validation, la diffusion et l'actualisation des procédures
- elle veille à la formation des professionnels
- elle veille à l'information des patients
- elle évalue la qualité de l'identification et, le cas échéant, met en œuvre des actions correctrices

Des fonctions opérationnelles d'identitovigilance sont chargées, entre autres :

- de superviser la recherche et la correction des doublons et collisions
- de produire les indicateurs de résultats
- mettre en œuvre la politique d'identification définie
- gérer au quotidien les problèmes liés à l'identification des patients
- sensibiliser et former sur le thème de l'identitovigilance
- assurer une veille réglementaire dans le domaine de l'identitovigilance
- participer à l'élaboration du manuel de procédures

5.3. COMPOSITION DE LA STRUCTURE DE PILOTAGE - PROPOSITION

- Direction Générale ou son représentant
- Cellule Qualité
- Cellule de documentation hospitalière ou équivalent

Décrire la composition de la STRUCTURE DE PILOTAGE.

5.3.1. FONCTIONS OPÉRATIONNELLES D'IDENTITOVIGILANCE

Définir les fonctions en charge de l'identitovigilance.

5.4. MODALITES DE FONCTIONNEMENT DE LA STRUCTURE DE PILOTAGE

- A définir (p.ex. fréquences de réunion, etc.)

6. PROCÉDURES

La Commission d'identitovigilance, en relation avec la Cellule opérationnelle d'identitovigilance, de l'Etablissement veille à ce que toutes les procédures et/ou modes opératoires en lien avec l'identification du patient soient rédigées, validées, diffusées et appliquées.

6.1. PROCÉDURE POUR LA RECHERCHE ET LA CRÉATION D'UNE IDENTITÉ

Cette procédure précise notamment :

- les lieux et les acteurs concernés (y compris la nuit et jours fériés)
- les informations nécessaires (en distinguant la création d'une identité provisoire et la création d'une identité validée)
- les modalités de recueil et de contrôle des informations (documents preuves, vérification de la concordance document/patient) notamment pour le cas de patient conscient/inconscient/incapable de décliner son identité, avec/sans papiers.
- les modalités de la recherche d'antériorité
- les modalités de création d'une nouvelle identité
- les modes opératoires en situation particulière : identité incertaine, identité inconnue, identité protégée, anonymat
- les modes opératoires en situation dégradée

6.2. PROCÉDURE POUR LE CONTRÔLE ET LA CORRECTION DES IDENTITÉS

Cette procédure précise notamment :

- les modalités de contrôle et de validation des identités provisoires (qui, quand, comment)
- les modalités de recherche et correction des doublons (qui, quand, comment)
- les modalités et le circuit des déclarations d'erreur d'identité découverte fortuitement

- les modalités d'information des utilisateurs sur les corrections effectuées dans le serveur central d'identité (mise à jour des étiquettes et bracelets, gestion des modifications d'identité dans les systèmes tiers tels que labo, imagerie ou transfusion)

6.3. PROCÉDURE POUR L'ACCÈS AU DOSSIER INFORMATISÉ DU PATIENT

Cette procédure précise notamment :

- les modalités de recherche du patient et du séjour ou passage (remarque : ce ne sont pas forcément les mêmes modalités que pour une recherche d'antériorité. Dans une recherche d'antériorité, il y a risque aussi bien de doublons que de collision ; dans une recherche de patient pour accès à son dossier, le seul risque est celui d'une collision)
- les modalités de vérification du maintien de la cohérence identité recherchée/identité en cours (notamment problème de l'ouverture simultanée de plusieurs dossiers)
- les modalités et circuit de signalement d'une incohérence d'identité

6.4. PROCÉDURE POUR LA GESTION DES DROITS INFORMATIQUES

Cette procédure précise notamment :

- les différents profils d'utilisateurs avec les droits afférents
- les modalités de gestion des utilisateurs (qui décide des droits, qui les ouvre et les ferme ; problème des personnels temporaires)
- les modalités de connexion aux différentes applications
- les modalités de suivi des accès aux identités (qui, quand, quoi, comment)

6.5. PROCÉDURE POUR LA GESTION DES DOCUMENTS INTERNES D'IDENTIFICATION (ÉTIQUETTES, BRACELETS, ETC.)

Cette procédure précise notamment :

- les modalités d'édition de ces documents (qui, quand, comment)
- les modalités de mise à jour de ces documents en cas de correction d'identité
- les modalités d'utilisation de ces documents (pour quels patients et/ou quelles situations, avec quels contrôles avant pose d'un bracelet ou utilisation d'une étiquette)

6.6. PROCÉDURE POUR LA VÉRIFICATION DE L'IDENTITÉ DU PATIENT AVANT UN SOIN

Cette procédure précise notamment les modes opératoires pour les situations suivantes :

- soins standards (administration des médicaments, petits actes techniques, commande du matériel médical (ex. : implants), etc.)
- passage au bloc opératoire
- transfusion sanguine
- demande d'examen de laboratoire

- imagerie médicale, endoscopie, exploration fonctionnelle et autres examens avec patient présent au cours de l'examen (mode opératoire pour le demandeur et mode opératoire pour le prestataire)
- patient en état de décliner son identité (le SIH contient la bonne identité et le patient est capable de la confirmer), patient incapable de décliner son identité (le SIH contient la bonne identité mais le patient est incapable de la confirmer), identité anonymisée (le SIH ne contient pas l'identité réelle)
- signalement d'un incident d'erreur d'identité
- transmission des résultats
- transfert d'un patient (entre unités, entre établissements)
- identification des patients décédés

6.7. PROCÉDURE POUR L'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DE L'IDENTIFICATION

Cette procédure précise notamment :

- les indicateurs utilisés
- les modalités du recueil (qui, quand, comment)
- les modalités de l'analyse (qui, quand, comment)
- les modalités de planification et de suivi des actions correctrices (qui, quand, comment)

7. INFORMATION ET FORMATION

7.1. INFORMATION DES PATIENTS

Décrire les documents destinés à informer et responsabiliser les patients (documents internes et de provenance externe)

7.2. FORMATION DU PERSONNEL

Décrire les modalités de diffusion des procédures et le plan de formation (suivi compris) à destination des médecins et du personnel soignant et administratif

Ville, le xx/xx/2014

Nom Prénom, Fonction

Signature