

FICHE PRATIQUE 1 : EXEMPLE DE MÉTHODE DE MISE EN ŒUVRE DE L'IDENTITO-VIGILANCE AU SEIN D'UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

CONTEXTE DE LA FICHE PRATIQUE

Le socle commun du programme Hôpital numérique est constitué :

- **De 3 pré-requis** indispensables pour assurer une prise en charge du patient en toute sécurité.
 - Identités, mouvements ;
 - Fiabilité – disponibilité ;
 - Confidentialité.
- **De 5 domaines fonctionnels** pour lesquels le programme définit des exigences en matière d'usage du système d'information.
 - Les résultats d'imagerie, de biologie et d'anapath ;
 - Le dossier patient informatisé et interopérable ;
 - La prescription électronique alimentant le plan de soins ;
 - La programmation des ressources et l'agenda du patient ;
 - Le pilotage médico-économique.

Le pré-requis « Identités, mouvements » comprend 4 indicateurs, dont l'indicateur P1.2 portant sur **l'existence d'une Cellule d'identito-vigilance opérationnelle**¹. Cette cellule s'inscrit plus largement dans la mise en œuvre d'une démarche d'identito-vigilance dont cette fiche pratique propose une méthode dans le cadre de l'outillage des établissements de santé par la DGOS.

PRESENTATION DE LA FICHE PRATIQUE

Le présent document propose **une méthode pour la mise en œuvre d'une démarche d'identito-vigilance au sein d'un établissement de santé** ; méthode correspondant à celle du plan d'action proposé aux établissements de santé pour atteindre les pré-requis du programme Hôpital numérique. Il s'appuie en particulier sur les travaux du GMSIH menés sur l'identification du patient en établissement de santé (avril 2002) et sur la rédaction de la politique d'identification des établissements (octobre 2007).

Cette fiche ne constitue pas une recommandation mais vise à présenter aux établissements un cadre méthodologique pour mettre en œuvre une démarche d'identito-vigilance. Elle concerne les aspects techniques de l'identitovigilance et non organisationnels.

La méthode qui est proposée dans cette fiche pratique correspond à une démarche globale de mise en œuvre de l'identito-vigilance qui va ainsi au-delà de l'exigence fixée par le programme, laquelle porte sur l'existence d'une cellule d'identito-vigilance opérationnelle².

¹ DGOS ; Guide des indicateurs des pré-requis et des domaines prioritaires du socle commun ; disponible à l'adresse suivante : <http://www.sante.gouv.fr/programme-hopital-numerique.html>

1. REALISATION D'UN ETAT DES LIEUX DE LA GESTION DES IDENTITES AU SEIN DE L'ETABLISSEMENT DE SANTE

La **réalisation d'un état des lieux** constitue un préalable à une meilleure identification du patient au sein de l'établissement. Cet état des lieux s'articule autour de **deux volets**, organisationnel et technique, qui doivent permettre de décrire l'existant et d'envisager les évolutions permettant d'améliorer l'identification du patient au sein de l'établissement.

- A. Le volet organisationnel de l'état des lieux** doit permettre de vérifier l'existence des structures de base au sein de l'établissement pour mettre en place une politique d'identification efficace. Ce premier volet consiste à mener une analyse de l'existant sur les points suivants :
- Le recensement des lieux où s'effectue l'identification des patients, ainsi que les acteurs impliqués dans l'identification : *Quels sont les services qui identifient les patients ? Qui sont les acteurs responsables de l'identification du Patient ? Existe-t-il une Cellule d'identito-vigilance ? ...*
 - La politique d'identification : *A-t-elle été définie ? Est-elle formalisée ? Est-elle appliquée ? Son application est-elle vérifiée et est-elle mise à jour régulièrement ? ...*
 - Les procédures d'identification des patients : *Sont-elles mises en place ? Sont-elles diffusées ? Sont-elles appliquées ? Sont-elles mises à jour régulièrement ? Des formations du personnel ont-elles été mises en place ? Des procédures qualité ont-elles été mises en place ? ...*
 - Le processus de contrôle de l'identité des patients / de gestion des anomalies des identités et des corrections associées : *Ces processus sont-ils définis ? Formalisés ? Appliqués par les acteurs ? ...*
- B. Le volet technique de l'état des lieux** vise à vérifier l'état du système d'information participant à l'identification du *patient*, afin d'en déduire les évolutions à réaliser. Ce *second volet* doit permettre d'aborder les points suivants :
- La cartographie des systèmes : cartographie des applications, informations relatives aux identités des patients utilisées par ces applications, cartographie des flux mis en œuvre entre ces applications ;
 - Les caractéristiques techniques des outils utilisés et en particulier la définition des interfaces mises en œuvre (mode de communication et contenu des échanges) et des normes et standards supportés par les applications mises en œuvre ;
 - Les éléments de sécurité mis en œuvre ;
 - Les caractéristiques des moyens de communication existants ;
 - Le fonctionnement en mode dégradé des systèmes mis en œuvre ;
 - Les éléments de qualité connus du système comme par exemple le nombre d'identités gérées actives et historiques, le nombre de doublons, ... ;
 - Les éléments de performance connus du système comme par exemple les temps de réponse moyens, le taux de disponibilité du système, ... ;
 - La présence ou non d'une Enterprise Application Integration (EAI) et son périmètre.

L'établissement de santé met en place un **groupe de travail *ad hoc*** pour réaliser cet état des lieux. Ce groupe de travail composé notamment des représentants de la Direction générale, de la Commission Médicale de l'établissement, de la Direction des systèmes d'information, de la Direction de l'Information Médicale, ainsi que des services de l'établissement utilisateurs du système d'information (service des admissions, service des

urgences, laboratoires, ...) se réunira régulièrement tout au long de la période de réalisation de l'état des lieux.

2. ÉLABORATION DE LA POLITIQUE DE GESTION DES IDENTITES DU PATIENT

Sur la base de l'état des lieux de la gestion des identités mené préalablement, l'établissement définit sa politique d'identification et de rapprochement d'identités qu'il formalise respectivement dans une **Charte d'identification** et une **Charte de rapprochement d'identités**.

A. La politique d'identification des patients vise à garantir une identification fiable et de qualité des patients au sein de l'établissement. Cette politique formalisée dans la Charte d'identification de l'établissement définit notamment :

- Le périmètre de la politique : *population de patients concernée, type de prise en charge concerné, périmètre technique, ...* ;
- Les principes et les processus d'identification à respecter : *procédures de création, de contrôle interne et qualité, traçabilité, ...* ;
- Les acteurs concernés et les instances en charge de garantir l'identification du patient ;
- L'organisation mise en œuvre et la répartition des responsabilités ;
- Les outils : *services disponibles, formats utilisés, concepts utilisés, ...*².

La politique d'identification de l'établissement de santé devra prendre en compte l'Identifiant National de Santé (INS) mis en place suite aux travaux menés par le GMSIH et dont la gestion et le déploiement sont pilotés par l'ASIP Santé.

Cette Charte doit être cohérente avec les principes énoncés dans la politique de rapprochement lorsque celle-ci existe.

B. La politique de rapprochement d'identités permet d'assurer la cohérence des identités partagées au sein de l'établissement ou d'organisations de santé souhaitant communiquer. Cette politique formalisée dans la Charte de rapprochement d'identités de l'établissement définit notamment :

- Les règles de gestion des rapprochements ;
- Les relations entre domaines et le partage des responsabilités ;
- Le format de l'identifiant et des traits utilisés ;
- Les services disponibles ;
- Les droits d'accès à la structure de rapprochement (habilitations) ;
- Le mode d'authentification des accès (cartes ou autres) ;
- Les normes et standards utilisés ;
- Les principes de sécurisation des données³.

Elle doit être cohérente avec la politique d'identification des organisations impliquées. Le cas échéant, elle peut amener à une modification de la politique d'identification.

² GMSIH ; Guide pour l'élaboration des politiques d'identification et de rapprochement ; avril 2002

³ GMSIH ; Guide méthodologique à l'usage des établissements : Réalisation d'un état des lieux de l'identification du patient ; octobre 2007

Ces Chartes sont définies et mises à jour par les **Autorités Gestion de l'Identification / du Rapprochement (AGI / AGR)** mises en place à cet effet. Ces Autorités sont également en charge de l'allocation des moyens nécessaires à la mise en œuvre de ces politiques et l'adaptation de l'organisation permettant d'assurer une identification fiable du patient.

Afin de ne pas multiplier les instances faisant appel à la Direction générale, des établissements ont choisi de confier les missions de ces instances à une structure existante, telle que le Comité de pilotage « Qualité », le Comité « Qualité et gestion des risques », le Collège de l'Information Médicale, le Conseil de la Direction de l'Information Médicale, ...⁴.

Dans le cadre de l'élaboration de ces politiques, l'établissement de santé tiendra compte des dispositions du critère 15.a. « Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge » du manuel de certification v2010 de la Haute Autorité de Santé (HAS)⁵. Il trouvera dans le document décrivant les éléments de vérification des experts-visiteurs, les éléments qu'il veillera à prendre en compte, notamment :

- Élément d'appréciation E1. Une organisation et des moyens permettant de fiabiliser l'identification du patient, à toutes les étapes de sa prise en charge, sont définis ;
- Élément d'appréciation E2. Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription avant tout acte diagnostique ou thérapeutique ;
- Élément d'appréciation E3. La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge est évaluée à périodicité définie (indicateurs, audits) et les erreurs sont analysées et corrigées.

3. MISE EN PLACE D'UNE CELLULE D'IDENTITO-VIGILANCE

La **Cellule d'identito-vigilance** est l'organe en charge de la surveillance et de la prévention des erreurs et des risques liés à l'identification des patients au sein d'un établissement de santé. Elle est l'instance qui met en œuvre la politique d'identification de l'établissement⁶.

Pour mettre en place une Cellule d'identito-vigilance, l'établissement de santé devra dans un premiers temps déterminer et formaliser les éléments suivants :

- Les missions de la Cellule d'identito-vigilance ;
- La composition de la Cellule d'identito-vigilance ;
- Le mode de fonctionnement de la Cellule.

Des recommandations relatives aux missions à confier à la Cellule d'identito-vigilance, à sa composition et son mode de fonctionnement sont proposées ci-après.

⁴ Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales de Midi-Pyrénées ; Quelques recommandations pour la mise en œuvre de l'identito-vigilance dans les établissements de santé ; juillet 2009

⁵ Haute Autorité de Santé (HAS) ; Manuel de certification v2010 – critère 15.a « Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge » ; Avril 2011

⁶ Cf. fiche pratique « étape 3. Elaboration de la politique de gestion des identités des patients de l'établissement »

• **Missions de la Cellule d'identito-vigilance**

Les missions de la Cellule d'identito-vigilance sont les suivantes :

- Mettre en œuvre la politique d'identification de l'établissement de santé ;
- Accompagner au quotidien, ou de manière régulière, le bureau des entrées et tous les autres services en charge de l'identification pour le traitement et le suivi des anomalies (doublons, collisions, ...) ;
- Gérer les problèmes liés aux actions d'identification du patient ;
- Transmettre les informations nécessaires aux autres domaines d'identification pour réaliser des rapprochements d'identités ;
- Alerter l'Autorité de gestion de l'identification des éventuels dysfonctionnements dans la mise en œuvre de la politique d'identification ;
- Produire, suivre et transmettre à l'Autorité de gestion de l'identification les indicateurs qualités ;
- Elaborer les règles de gestion concernant les services de l'établissement ;
- Conduire des actions de formation, d'assistance et de sensibilisation aux politiques d'identification et de rapprochement auprès de l'ensemble des acteurs de l'établissement ;
- Rédiger des manuels de procédure ;
- Valider ou modifier les actions de rapprochement (mise à jour, fusions, modifications, éclatement) de l'identité, et en informer l'Autorité de gestion des rapprochements qui les répercute dans l'infrastructure centrale et les diffuse à l'ensemble des domaines concernés.

• **Composition de la Cellule d'identito-vigilance**

La Cellule d'identito-vigilance est généralement composée des représentants de l'établissement suivants :

- Le gestionnaire des risques ;
- Le médecin du département de l'information médicale ;
- Un représentant de la direction des systèmes d'information ;
- Un représentant du bureau des entrées ;
- Un représentant de chaque service concerné par l'identification ;
- Les membres du Comité de coordination des vigilances et de gestion des risques ;
- Toute autre personne qualifiée.

• **Fonctionnement de la Cellule d'identito-vigilance**

La Cellule d'identito-vigilance se réunit selon une **périodicité a minima trimestrielle** ou un rythme permettant d'assurer une identification fiable au regard du flux de création. Les échanges tenus au cours de ces réunions sont formalisés dans des comptes-rendus.

Un **système de permanence** peut être assuré par un ou deux membres de la Cellule d'identito-vigilance pour traiter les cas les plus simples. Les cas les plus complexes nécessitant l'intervention du médecin DIM pour consulter les dossiers médicaux sont traités de manière périodique selon les besoins de l'établissement.

La Cellule d'identito-vigilance est **l'administrateur de l'identité** au sein du domaine d'identification. Ses membres disposent donc de l'ensemble des droits sur les services.

Cependant au sein de la Cellule d'identito-vigilance, seul un professionnel de santé tenu au secret médical et ayant les compétences médicales adéquates dispose de l'**habilitation nécessaire pour consulter les informations complémentaires du patient de nature médicale**.

Enfin, la Cellule d'identito-vigilance élabore **un rapport d'activité** recensant notamment les actions menées pour la mise en œuvre de la politique de gestion des identités (élaboration de procédures, actions de communication, formation, ...) et les indicateurs d'évaluation de la qualité de l'identification des patients par les acteurs de l'établissement.

4. MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE DE GESTION DES IDENTITES PAR LA CELLULE D'IDENTITO-VIGILANCE

La Cellule d'identito-vigilance une fois mise en place met en œuvre la politique d'identification et de rapprochement d'identités de l'établissement.

Pour mener à bien son activité, la Cellule d'identito-vigilance est notamment accompagnée du gestionnaire des risques et du Comité de coordination des vigilances et de gestion des risques de l'établissement.

Les activités de la Cellule sont les suivantes :

- **Elaboration des procédures d'identification et de rapprochement d'identités**

La Cellule d'identito-vigilance rédige et établit des procédures ayant pour objectif d'appliquer la politique d'identification et de rapprochement d'identités de l'établissement. Ces procédures décrivent notamment les processus d'identification du patient tels que la création, la validation ou la recherche d'une identité.

- **Mise en place de plans de communication et de formation au sujet de l'identification auprès du personnel de l'établissement de santé**

Afin de sensibiliser le personnel de l'établissement de santé aux enjeux de l'identification du patient et porter à sa connaissance la politique d'identification de la structure, la Cellule d'identito-vigilance met en œuvre des actions de communication et de formation.

Deux actions de sensibilisation et de formation doivent être envisagées :

- **Une action d'information et de communication générale** afin que l'ensemble des acteurs soit sensibilisé aux enjeux de l'identification (sessions d'information, affiches de communication).

- **Une action de formation spécifique à l'utilisation des outils au quotidien** à destination du personnel concerné (sessions de formation, assistance téléphonique, aide en ligne, ...).

- **Mise en place d'un système d'évaluation et d'un suivi qualité**

La Cellule d'identito-vigilance produit et analyse périodiquement un tableau de bord recensant des indicateurs de qualité. Parmi ceux-ci pourront être suivis :

- **Les indicateurs portant sur la qualité des données** (taux de doublons, taux de collisions, taux de modifications de l'identité, taux d'identités créées à l'état provisoire, ...);
- **Les indicateurs portant sur l'utilisation des services** (taux de fusions, classement des informations le plus fréquemment accédées, ...);
- **Les indicateurs portant sur l'organisation de l'identification** (taux de fusions par service, classement des informations le plus fréquemment accédées par service, ...).

Ces indicateurs permettent d'évaluer le niveau de qualité de l'identification des patients au sein de l'établissement et la bonne application de la politique d'identification par les acteurs.

En complément de ces activités, la Cellule d'identito-vigilance peut également être amenée à réaliser en collaboration avec d'autres acteurs la définition d'une architecture technique cible du système d'identification du patient, ainsi que l'adaptation des applications « métier » existantes.

L'établissement veillera à mettre en place une gestion structurée de la documentation relative à la politique d'identification des patients au sein de la structure (charte d'identification, charte de rapprochement, procédures associées, etc.).

5. POUR ALLER PLUS LOIN

Dans le cadre de la mise en place de sa démarche d'identito-vigilance, l'établissement de santé pourra notamment s'appuyer sur les documents suivants :

- [HAS ; Guide pour préparer et conduire votre démarche de certification V2010 : Elément de vérification des critères PEP ; juin 2011](#)
- [GMSIH ; Accompagnement à la rédaction de la politique d'identification des établissements de santé ; Octobre 2007](#)
- [GMSIH ; Evaluer l'existant organisationnel et technique mis en place par mon établissement \(identification du patient ; Octobre 2007 ;](#)
- [GMSIH ; Travaux relatifs à l'identification du patient ; Avril 2002 ;](#)
- [Groupe de travail de la CCREVI de Midi-Pyrénées ; Quelques recommandations pour la mise en œuvre de l'identito-vigilance dans les établissements de santé ; Juillet 2009 ;](#)
- Collège National de Biochimie des Hôpitaux ; Guide pratique de l'identitovigilance ; Septembre 2012