



Charte régionale d'identification du Patient

Région Normandie

Version 1.3

Février 2019

SOMMAIRE

1. Introduction	4
1.1 Enjeux de l'identification du patient	4
1.2 Objectifs de la charte régionale	4
1.3 Résultats attendus de la charte régionale	5
2. A qui s'adresse la charte ?	5
3. Guide de lecture	6
4. Schéma de l'articulation entre le régional et le local	8
5. Les principes régionaux de l'identification du patient	8
6. Gouvernance de l'identification du patient en Normandie	10
6.1 Au niveau régional	10
6.1.1 Principes de gouvernance	10
6.1.2 Le comité régional d'identification du patient	11
6.1.3 La communauté de pratique « identification des patients »	11
6.2 Au niveau de la structure de santé	12
6.2.1 Principes de gouvernance	13
6.2.2 Comité d'identitovigilance	13
6.2.3 Cellule d'identitovigilance	13
6.3 Au niveau inter-établissements	14
6.3.1 Principes de gouvernance	14
6.3.2 Comité inter-établissements d'identitovigilance	15
6.3.3 Cellule inter-établissements d'identitovigilance	15
7. Modèle régional d'identification primaire du patient	16
7.1 Données démographiques du patient	16
7.2 Règles de création et de saisie des identités	16
7.3 Présentation du principe de qualification de l'identité	19
7.4 Présentation du principe des attributs de l'identité	20
8. Gestion de l'identité du patient	20
9. Manuel de procédures	22
10. Sécurité	22
10.1 Traçabilité	22
10.2 Information des patients	22
11. Architecture technique des échanges	23
11.1 Impact de la charte sur les fonctions du système d'information	23
12. Indicateurs Qualité	24
12.1 Les indicateurs de suivi du processus d'identification du patient	24

12.1.1 Indicateurs élémentaires	24
12.2.2 Indicateurs des anomalies au niveau local	24
12.3.1 Les indicateurs complémentaires	24
12.2 Les indicateurs organisationnels	25
12.2.1 Maturité du système d'échange et de partage des identités patient entre Structures de santé	25
12.2.2 Habilitation	25
12.2.3 Formation des professionnels.....	25
12.3 Autres indicateurs	25
12.4 Suivi des indicateurs au régional	26
12.5 Suivi des indicateurs en local	26
13. Gestion des incidents et des anomalies	26
14. Cartographie des risques	27
15. Glossaire	27
16. Références	29
17. Annexes	30
17.1 Annexe A : Pièces justificatives d'identification	31
17.2 Annexe B : description détaillée des traits de l'identité du patient	32
17.3 Annexe C : Utilisation des pièces d'identité dans l'identification des patients. Une réponse juridique	34
17.4 Annexe D : Traçabilité : Eléments à recueillir	36
18. Exemples	37
18.1 Exemple 1 : Admission dans un établissement de santé	37
18.2 Exemple 2 : Accueil du patient dans un cabinet médical	37
19. Contributeurs	39

1. INTRODUCTION

1.1 Enjeux de l'identification du patient

L'acte d'identification du patient fait partie de la prise en charge des soins et constitue la première étape d'un processus qui se prolonge tout au long du parcours de soins. Un système d'identification et de codification fiable et pertinent du patient est indispensable pour limiter toute erreur dans les systèmes d'information comportant des données médicales ou civiles des personnes et représente l'élément primaire de l'identitovigilance. La **maîtrise des risques dans le domaine de l'identification du patient** permet de limiter en particulier, les événements indésirables graves, potentiels ou survenus lors d'activités de soins. L'objectif d'une charte régionale est de limiter les anomalies générées par les procédures d'identification des patients différentes et entre les systèmes d'information des établissements et structures de Normandie (Etablissements de santé, réseaux de soins et de santé, Etablissement Français du Sang, Etablissement de transfusion, dépôts de sang, laboratoire de biologie médicale, centres de radiologie ou de diagnostic, etc.). Il s'agit ici de créer un véritable « **espace de confiance** » entre les établissements qui pourraient être amenés à prendre en charge un même patient (Notion de parcours de soins)

Il existe peu d'évaluations de ces événements indésirables qui peuvent conduire à des incidents graves. Cependant, l'analyse des incidents graves de la chaîne transfusionnelle en France identifie un défaut d'identification patient comme facteur contributif de l'incident dans 38 à 48% des cas. La mise sous contrôle de la saisie d'identité via des procédures d'identification du patient permet une meilleure connaissance des causes de ces erreurs, leur quantification et leurs résolutions et ainsi d'améliorer la qualité et la sécurité de la prise en charge.

De nouveaux processus médicaux voient le jour avec le développement des échanges d'informations ; ce qui implique le partage de données médicales entre professionnels de santé dans la région. La **consolidation** de l'identité du patient est un facteur clé de succès de ces processus, comme les parcours de santé induits par la télémédecine ou la télésanté. Il est à noter aussi que la qualité de l'identification des patients est incluse dans la Stratégie Nationale de Santé (SNS) notamment pour améliorer le recours aux données de santé par les usagers.

1.2 Objectifs de la charte régionale

Ce document définit une charte régionale **d'identification primaire** du patient qui doit être, à terme, la base commune pour l'ensemble des structures et organisations de santé (sanitaire et médico-social), des professionnels de santé et du secteur médico-social de la région Normandie. Elle a pour objectif de décrire les actions à déployer pour s'assurer de la bonne gestion/administration des identités afin d'améliorer la qualité de la prise en charge du patient/résident dans le cadre de la continuité, des parcours de soins et du partage d'information. Cette démarche obéit aussi à une politique d'amélioration continue de la qualité en matière d'identitovigilance dans une structure de santé et au niveau régional.

La charte régionale d'identification du patient participe localement à la construction d'une politique d'identification du patient dont l'objet est de limiter les risques d'erreur d'identification dans un parcours de soins.

Ainsi ce document permet de :

- Sécuriser les informations médicales en évitant les doublons et les collisions ;
- Développer une sphère de confiance entre professionnels de santé dans la région, leur permettant ainsi d'échanger des données médicales indexées par des données démographiques qualifiées ;
- S'assurer de l'adhésion des éditeurs et industriels grâce à la clarification des attentes des professionnels de santé réunis autour d'une définition commune de l'identité du patient et permettant ainsi de développer des logiciels et outils conformes aux exigences.

1.3 Résultats attendus de la charte régionale

La charte régionale d'identification du patient en Normandie décrit le périmètre, les principes de gouvernance, les procédures et les principaux moyens techniques nécessaires pour gérer efficacement l'identification primaire du patient au sein des structures de santé ou médico-social tout en s'appuyant sur le consensus des acteurs au niveau régional. Ce document devra être accompagné, secondairement, d'un catalogue des procédures spécifiques qui pourront être autant de recommandations pour mettre en œuvre une politique d'identification sécurisée.

Cette charte a été bâtie par **consensus** avec des professionnels de santé de la région Normandie à la demande de l'ARS Normandie, sur la base des travaux menés en Ile-De-France, et doit obtenir l'**adhésion** des professionnels de santé comme des industriels. Elle doit ensuite se **décliner localement** dans chacune des structures de santé.

Il s'agit de recommandations fortes, qui devront être mises en œuvre à termes par l'ensemble des acteurs de la chaîne d'identification primaire des patients ou des résidents, afin de permettre des échanges sécurisés au sein des parcours de soins en Normandie.

La charte régionale, comme tout document qualité est susceptible d'évoluer et de s'étoffer de nouveaux documents annexes au gré des problématiques rencontrées par les professionnels dans sa mise en œuvre. Une gouvernance régionale, impliquant les fédérations hospitalières, les instances représentatives des professionnels de santé, et des professionnels experts est mise en place à cet effet.

2. A QUI S'ADRESSE LA CHARTE ?

La charte s'adresse à toute structure ou organisation de santé ou médico-sociale de la région Normandie, à savoir :

- Les établissements de santé publics et privés
- Les établissements de santé à but non lucratif
- Les établissements médicosociaux (EHPAD,...)

- Les établissements pour personnes en situation de handicap
- Les établissements de transfusion sanguine
- Les cabinets libéraux
- Les laboratoires de biologie médicale
- Les structures d'imagerie
- Les pharmacies
- Les maisons médicales de santé
- Les centres de santé
- Les réseaux de santé
- Les organismes de service à la personne
- ...

Au sein de ces structures, la charte s'adresse à toute personne ayant une responsabilité dans l'identitovigilance et la gestion de l'identité du patient. Ces personnes y trouveront ainsi toute information utile pour élaborer, modifier et mettre à jour la charte de gestion de l'identité du patient existante dans sa structure afin de la rendre compatible à la charte régionale.

Par la suite, le terme utilisé pour nommer ces différentes organisations dans ce document sera le terme « structures de santé ».

3. GUIDE DE LECTURE

Une charte d'identification du patient est un **document qui aborde deux aspects de la démarche d'identification primaire des patients : une stratégie et une mise en œuvre opérationnelle**. Il s'agit d'un document pratique qui décline une politique régionale d'identification primaire au sein d'une structure de santé.

La politique définit les grands principes d'identification primaire dans une organisation. Dans le cas présent, cette charte régionale d'identification du patient répond aux objectifs de la région en matière de gestion de l'identité primaire du patient. Ainsi, elle reprend dans un seul document les instructions nationales et les **éléments communs** entre la charte d'identification élaborée en Région Ile de France, certaines chartes existantes dans des structures de santé normandes et les recommandations régionales relatives à l'identification du patient élaborées par le Réseau Bas Normand Santé Qualité et la procédure régionale d'identification des patients élaborée par les ARS normandes. **L'objectif est l'harmonisation des pratiques**. Cette charte devient une charte modèle diffusant les recommandations régionales. Cette charte ne prescrit pas des organisations internes mais fournit des recommandations à **adapter** dans chaque structure en fonction de leur taille et de leurs besoins.

Pour cela, le document décrit dans un premier temps le rôle des instances régionales et le développement et le maintien dans le temps de cette **charte régionale d'identification du patient**. La description de ces instances est donc partie intégrante de celle-ci.

Dans un second temps, cette charte rappelle les instances recommandées au niveau des structures de santé, pour assurer une identification sécurisée des patients.

On appelle « identification primaire », la démarche qui correspond à la vérification de l'identité pour l'attribution d'un identifiant dans le système d'information (en le créant ou en utilisant un identifiant déjà présent dans la base).

Cette démarche précède **l'identification secondaire**, qui correspond à la vérification par tout professionnel de santé, de l'identité de l'utilisateur avant la réalisation d'un acte le concernant (prélèvement, soins, transport), lors de l'étiquetage des prélèvements ou des documents de l'utilisateur, ou lors de la sélection du dossier utilisateur dans une application (prescription, dossier de soins, suivi médical...).

De façon commune, ce document décrit le périmètre d'application, la gouvernance à mettre en place, le modèle d'identification primaire du patient retenu, les fonctions de base supportant cette identification, les impacts sur les systèmes d'information, un corpus de procédures associées à la mise en œuvre et enfin l'évaluation de la qualité du processus d'identification du patient **au sein de la structure de santé**.

Cette charte décrit enfin, de manière très précise, les règles à appliquer en matière de création d'identité, point indispensable pour la mise en œuvre d'un espace de confiance entre des structures et des professionnels qui devront prendre en charge de façon conjointe et/ou successive un même patient (réseaux de soins, parcours de santé, groupements hospitaliers, ...) C'est ce que nous appellerons « identification primaire ».

A partir de cette charte régionale d'identification primaire du patient, la structure de santé peut élaborer sa propre charte en reprenant l'ensemble des principes obligatoires, des recommandations et des procédures listées, ou mettre à jour sa charte existante et permettre ainsi à la structure de converger vers l'identité partagée du patient au niveau régional.

L'objectif des structures de santé sera donc de tendre au plus vite vers ces recommandations afin de permettre les échanges de données entre elles dans le cadre des parcours de soins.

Important : Cette charte n'est pas figée dans le temps. Au gré des remarques, des évaluations de pratiques régionales ou locales et de l'évolution des politiques régionales ou nationales en termes d'organisation de santé, la gouvernance régionale pourrait être modifiée. Cette remarque confirme encore la nécessité d'une harmonisation des pratiques entre structures de santé.

Par ailleurs, des procédures complémentaires, correspondants à des situations particulières (exemple d'un accouchement sous X ou d'un afflux de victimes) viendront étoffer secondairement cette charte. Des groupes de travail, émanant de la communauté de travail relative à la gestion des identités en Normandie seront chargés de leur élaboration. Ils s'inspireront des expériences déjà mises en œuvre au sein de la région (ou au sein de régions voisines) et proposeront un véritable catalogue de recommandations, outils et procédures à l'intention des professionnels des structures de santé, afin de les aider au quotidien à mettre en œuvre de façon opérationnelle la charte régionale d'identification des patients en Normandie.

Enfin, des recommandations relatives aux politiques de rapprochement pourront aussi venir étoffer les annexes de cette charte. Elles aussi seront élaborées par un groupe de travail émanant de la communauté de pratique relative à l'identification des patients en Normandie.

4. SCHEMA DE L'ARTICULATION ENTRE LE REGIONAL ET LE LOCAL

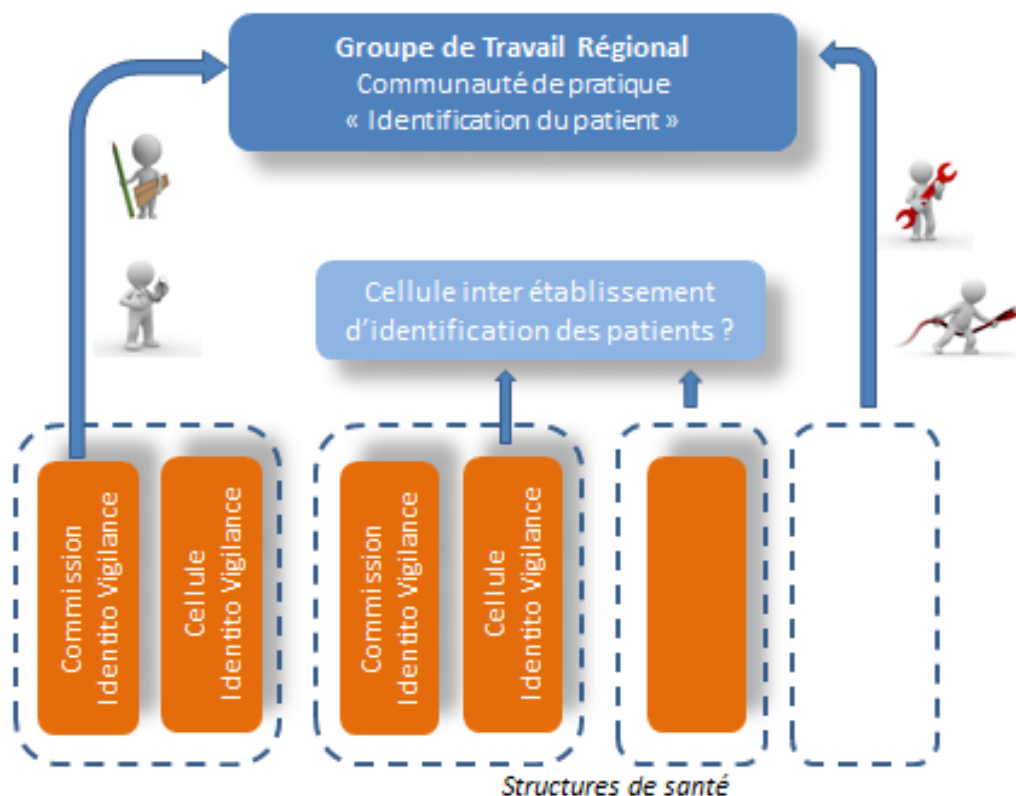


Schéma 1 : Articulation entre les niveaux

Le schéma ci-dessus illustre les liens entre les deux niveaux, le niveau régional et le niveau de la structure de santé. Chaque structure de santé est libre de s'organiser comme elle le souhaite pour gérer les identités des patients ou résidents qu'elle prend en charge. La charte régionale constitue un ensemble de recommandations pour leur permettre de sécuriser au mieux cette gestion. Un niveau intermédiaire, entre le niveau local et le niveau régional, pourrait aussi exister lorsqu'il s'agit de coordonner les politiques entre plusieurs établissements au sein d'un même groupement (Groupement hospitalier de territoire, groupe de structures de santé, réseau, communauté hospitalière, ...). Il est à mettre en regard de la trame de lecture de la charte.

Les comités régionaux ou locaux (Communauté de pratique « identification du patient » et cellule inter établissement d'identification des patients) sont constitués de représentants des structures de santé quelle que soit leur catégorie d'appartenance. Les missions de ces comités sont décrites ci-dessous.

5. LES PRINCIPES REGIONAUX DE L'IDENTIFICATION DU PATIENT

La politique d'identification primaire du patient décrit les grands principes d'identification portés par la structure, le groupement de structure ou la région. Elle obéit à des enjeux majeurs tels que

de s'assurer d'une meilleure sécurité de la prise en charge du patient et de ses parcours de soins. Elle a un impact fort dans l'organisation de santé car, validée au plus haut niveau, elle s'applique à toutes les personnes concernées, en charge du patient.

Une politique d'identification du patient se décline dans une charte d'identification du patient qui décrit comment les principes adoptés au niveau de la charte vont être mis en œuvre, en termes de processus, procédures et moyens humains et techniques.

Cette charte d'identification du patient, va ainsi préciser les principes suivants qui ont été retenus au niveau régional :

- Le patient est identifié d'une manière unique au sein d'une structure de santé ;
- Des traits personnels du patient sont identifiés afin de les rendre communs au niveau régional et faciliter les rapprochements entre systèmes ;
- L'identité du patient est vérifiée avec une pièce officielle portant ses traits stricts et une photo ;
- Un ensemble de fonctions de base de gestion de l'identité du patient dans le cadre du système d'information est identifié au niveau régional ;
- Les bonnes pratiques procédurales sont partagées au niveau régional ;
- Un dialogue est créé avec les éditeurs et les industriels afin d'harmoniser les solutions proposées (données, nomenclatures, interfaces des applications, interopérabilité, indicateurs, ...).

6. GOUVERNANCE DE L'IDENTIFICATION DU PATIENT EN NORMANDIE

Comité régional de pilotage "identification du patient"	• Politique régionale d'identification des patients • Charte régionale d'identification des patients
Communauté de pratique « identification du patient »	• Procédures régionales d'identification des patients • Rapport annuel de la qualité d'identification en Normandie
Comité inter établissement « Identification du patient »	• Politique inter établissement d'identification des patients • Charte inter établissement d'identification des patients
Cellule inter établissement	• Procédures inter établissement d'identification des patients • Rapport annuel de la qualité d'identification inter établissement
Comité d'identitovigilance	• Politique locale d'identification des patients • Charte locale d'identification des patients
Cellule d'identitovigilance	• Procédures locales d'identification des patients • Rapport annuel de la qualité d'identification des patients

Schéma 2 : Lien de gouvernance entre le niveau régional et le niveau de la structure de santé (en orange, le niveau régional, en bleu le niveau local/structure de santé, en gris le niveau inter établissement dans le cadre des groupements ou de réseaux)

6.1 Au niveau régional

6.1.1 Principes de gouvernance

La charte régionale d'identification des patients s'impose aux professionnels de santé exerçant en Normandie. Elle a été établie à la demande de l'Agence Régionale de Santé de Normandie et le GCS Normand'e-santé, par un groupe de professionnels de santé de Normandie coordonnés par la structure régionale d'appui à la qualité et sécurité des soins, QUAL'VA. Ce travail s'est appuyé largement sur les travaux similaires effectués en région Ile-De-France., impliquant des professionnels de santé et des représentants de fédérations hospitalières.

Afin de définir la politique régionale d'identification des patients, l'Agence Régionale de Santé de Normandie constitue un Comité régional de pilotage et une communauté de pratiques. Ces instances auront un rôle d'expertise stratégique, méthodologique et opérationnelle. **L'expertise métier est par contre maintenue au niveau des structures de santé** (établissements, structures, groupements...)

Ces instances ont pour rôle de définir, d'aider à mettre en œuvre et faire vivre la charte régionale d'identification du patient dans la région Normandie, d'accompagner et d'animer la diffusion de la charte dans les structures de santé afin d'améliorer la qualité de l'identification du patient dans la région.

On distingue:

- Un Comité Régional de Pilotage « identification patient en Normandie »
- Une Communauté de pratique « Identification du patient en Normandie »

6.1.2 Le Comité Régional de Pilotage « identification du patient en Normandie »

Sous la direction de l'ARS Normandie, ce groupe a pour vocation de s'assurer du bon déploiement de la charte régionale d'identification des patients au sein des structures de santé concernées, de s'assurer de la mise à jour régulière de celle-ci, de vérifier son application en mesurant la qualité de l'identification des patients au sein de la région Normandie, d'identifier les besoins des professionnels de la région en matière de gestion des identités des patients.

Ce comité est constitué de représentants de l'ARS Normandie, du GCS Normand'e-Santé, de la structure régionale d'appui à la qualité et sécurité des soins Qual'Va, des fédérations hospitalières, de l'union régionale des professionnels des santé, d'établissements représentatifs (Etablissements de santé, établissement français du sang, structures de radiologie, laboratoires d'analyses biologiques, unions régionales de professionnels de santé, ...) et de tout autre membre que l'ARS Normandie pourrait juger utile pour la bonne conduite des missions de ce comité. Les membres de ce comité sont désignés par l'ARS Normandie qui conserve un rôle d'arbitrage concernant la politique régionale d'identification des patients.

En raison du niveau d'expertise de ses membres, le comité régional est chargé de l'animation de la communauté de pratique « identification du patient en Normandie » dont il est un sous ensemble.

6.1.3 La Communauté de Pratique « identification du patient en Normandie »

Une communauté de pratique est « un groupe de personnes qui se rassemblent afin de partager et apprendre les uns des autres. Les membres de cette communauté sont tenus ensemble par un intérêt commun dans un champ de savoir et sont conduits par un désir et un besoin de partager des problèmes, des expériences, des modèles, des outils, et les meilleures pratiques. Les membres de la communauté approfondissent leurs connaissances en interagissant sur une base continue et, à long terme, ils développent un ensemble de bonnes pratiques » (E. WENGER, 1999)

Pourra être membre de cette communauté, tout professionnel ou tout représentant d'une structure de santé désirant partager et apprendre collectivement sur le sujet de l'identification des patients en Normandie.

La communauté de pratique « identification des patients en Normandie » a pour mission :

- D'élaborer la stratégie régionale de gestion de l'identité du patient ;
- De contribuer à faire adhérer les structures de santé et les industriels à la charte régionale;
- De valider les actions de communication et de sensibilisation autour de la charte régionale et des procédures ;
- D'identifier les difficultés rencontrées par les professionnels de la région (points durs) dans leur démarche d'identification des patients ;
- De capitaliser sur les pratiques et solutions échangées par les membres de cette communauté ;

- De valider les indicateurs régionaux et le bilan régional de la qualité de l'identification du patient ;
- D'échanger avec les systèmes de vigilance concernant les anomalies les plus graves.

L'expertise et l'animation de cette communauté seront assurées par le comité régional de pilotage. Les aspects méthodologiques de cette communauté seront apportés par la structure régionale d'appui à la qualité et la sécurité des soins, QUAL'VA. L'animation de contenu (expertise métier) sera assurée par le CGS Normand'e-Santé, avec la collaboration des autres membres du comité régional de pilotage. L'animation de groupe de travail pourra, selon les sujets traités, sous l'égide de QUAL'VA ou du GCS Normand'e-Santé.

Une fois la charte validée, cette communauté de pratique se réunira périodiquement pour faire le point sur l'évolution de l'amélioration de la qualité de l'identification du patient, notamment par l'analyse d'indicateurs qualité ou tout tableau de bord mis à disposition par le comité régional de pilotage d'identification du patient. Son rôle sera aussi d'élaborer de nouvelles procédures régionales ou de nouvelles recommandations en capitalisant sur l'expérience des structures de santé de la région Normandie. Selon les besoins de la région, elle identifiera les principes d'évolution de la charte et la fera évoluer en conséquence.

Ainsi, un **répertoire de données** sera-t-il progressivement constitué et mis à disposition de l'ensemble des membres de cette communauté. Il sera constitué de recommandations, de références réglementaires et bibliographiques, d'exemples de procédures, de trames de document qualité, d'outils d'évaluation ou de tout autre document que les professionnels pourraient juger nécessaire de trouver pour les aider à mettre en œuvre la politique régionale d'identification des patients.

Le premier travail de cette communauté sera d'ailleurs de définir les indicateurs les plus pertinents pour évaluer au niveau régional la qualité de la gestion des identités des patients. Un second travail consistera en l'élaboration d'une formation à l'intention des professionnels de santé afin de les aider à appréhender les enjeux de la gestion des identités au sein de leurs structures et au sein des parcours de santé.

6.2 Au niveau de la structure de santé

Les principes de la charte régionale d'identification du patient ont vocation à s'appliquer à la structure de santé dans leur entièreté. La structure de santé reste cependant décisionnaire dans la déclinaison locale de la charte régionale.

Un patient est ainsi identifié d'une manière **unique** dans le système d'information de la structure de santé, qu'il soit composé d'un logiciel intégré ou de multiples logiciels autonomes et/ou interfacés entre eux.

La charte s'applique à toutes les prises en charge du patient assurées par la structure de santé (par exemple : consultations dans un cabinet médical, hospitalisations, urgences, consultations externes, séances,... pour un établissement de santé).

Les personnes concernées sont les professionnels de santé médicaux, paramédicaux, médico-sociaux, sociaux, et administratifs des structures de santé.

Dans le cas de groupement d'établissements ou de structures, un niveau intermédiaire devra être envisagé afin de définir les principes de gouvernance commune au sein de ce groupement (en gris sur le schéma 2)

6.2.1 Principes de gouvernance

Pour la bonne mise en œuvre de la charte d'identification du patient au sein d'une structure de santé, cette dernière mettra en place des instances de gouvernance comprenant au mieux un *comité d'identitovigilance* et une *cellule d'identitovigilance*.

La structure de santé reste décisionnaire de l'organisation qu'elle souhaite mettre en œuvre. Cependant, elle s'assurera que l'ensemble des missions décrites pour ces deux instances de gouvernance seront bien assurées par l'organisation qu'elle aura mise en place.

La structure de santé décide de la mise en place des actions de communication, de sensibilisation et de formation qu'elle juge utiles auprès de son personnel concerné et de ses patients.

Remarque : Dans le cas où la structure de santé est de petite taille, il convient que les activités citées ci-dessous soient adaptées aux enjeux propres de la structure de santé. La structure pourra décliner les activités du comité et de la cellule sous toute forme qu'elle jugera adaptée, à la condition expresse que les missions de ces deux instances puissent être facilement identifiées au sein de l'organisation opérationnelle mise en œuvre par la structure de santé.

6.2.2 Comité d'identitovigilance

Le comité aura pour mission :

- De valider et de décliner au sein de la structure de santé, la charte régionale d'identification du patient;
- D'élaborer et/ou décliner une politique locale relative à la gestion des identités des patients ;
- De décliner, le cas échéant, la charte inter établissement d'identification du patient (cas des structures appartenant à un groupement ou à un réseau)
- De décliner les procédures accompagnant la mise en œuvre de la charte locale de l'identification et de les mettre à jour ;
- De constituer le comité décisionnel des évolutions futures de la charte locale.

Ce comité se réunira périodiquement pour faire le point sur la mise en œuvre de la charte locale, notamment par l'analyse des indicateurs qualité ou tout tableau de bord mis à disposition. A termes, un bilan annuel d'activité sera réalisé et pourra être transmis au comité régional de pilotage « identification des patients en Normandie »

6.2.3 Cellule d'identitovigilance

La cellule a pour mission :

- De procéder à l'analyse et à la déclaration des événements indésirables relatifs à la gestion des identités de patients ;
- D'assurer le recueil et le suivi des indicateurs qualité relatifs à la gestion des identités ;
- D'accompagner et de former le personnel assurant l'identification et la gestion des anomalies ;
- De s'assurer de la formation/sensibilisation des professionnels de santé ;

- D'accompagner, le cas échéant, les informaticiens ou les prestataires en tant qu'experts métier dans les travaux d'adaptation des processus métiers et systèmes d'information de gestion de l'identité ;
- De proposer l'intégration de la charte régionale d'identification du patient dans les appels d'offre pour l'achat, la maintenance ou le renouvellement des logiciels des structures sur lesquels un impact a été identifié en amont.

La mise en place d'une charte d'identification du patient doit être accompagnée au sein de la structure de santé. Les actions d'accompagnement pouvant être mises en place dans ce cadre, sont :

- Des actions de communication auprès du professionnel de santé et du patient : brochures, affiches, newsletter, bulletin interne, guide de communication auprès du patient ...
- Des actions de sensibilisation sur l'importance de la qualité de l'identité du patient (pour tous les professionnels et le patient)
- Des actions de formation adaptées comprenant des formations initiales et des formations de rappel ou des formations individualisées.

La cellule se réunit périodiquement ou aussi souvent que nécessaire pour permettre d'assurer son activité et prendre en charge toutes les actions correctives nécessaires dans le cas où des incidents seraient identifiés. Elle peut être membre du comité d'identitovigilance.

6.3 Au niveau inter-établissements

Les principes de la charte régionale d'identification du patient ont vocation à s'appliquer à toute structure de santé. Si la structure de santé reste décisionnaire dans la déclinaison locale de la charte régionale, il s'agira de s'assurer de la cohérence de ces déclinaisons au sein de l'ensemble des structures membres d'un même groupement et/ou réseau. L'objectif, en effet, d'une telle charte régionale est de créer un « espace de confiance » entre les établissements afin de s'assurer de la sécurité et de la qualité des parcours de santé au sein de ces groupements et/ou réseaux.

Ainsi, un patient sera identifié d'une manière unique dans le système d'information de chaque structure de santé qui compose le groupement ou le réseau, qu'il soit composé d'un logiciel intégré ou de multiples logiciels autonomes et/ou interfacés entre eux.

La charte s'applique à toutes les prises en charge du patient assurées par l'ensemble des structures de santé qui composent ce groupement ou ce réseau.

6.2.1 Principes de gouvernance

Pour la bonne mise en œuvre de la charte d'identification du patient au sein d'un groupement ou d'un réseau de structures de santé, des instances de gouvernance comprenant un *comité inter établissement d'identitovigilance* et une *cellule inter établissement d'identitovigilance*, devront être en place

Les structures de santé restent décisionnaires de l'organisation qu'elles souhaitent mettre en œuvre. Cependant, elles s'assureront que l'ensemble des missions décrites pour ces deux instances de gouvernance seront bien assurées par l'organisation qu'elles auront mise en place.

6.2.2 Comité inter établissement d'identitovigilance

Le comité aura pour mission :

- De valider et de décliner une politique commune relative à la gestion des identités de patients pour l'ensemble des structures constituant le groupement ou le réseau ;
- De définir les modalités de déclinaison de la charte inter établissement d'identification des patients sur l'ensemble du réseau ou groupement (moyens, ressources, échéances, ...) ;
- De décliner les procédures accompagnant la mise en œuvre de la charte inter établissement d'identification et de les mettre à jour ;
- D'accompagner les structures du groupement ou de réseau dans la mise en œuvre de la démarche coordonnée et cohérente d'identification des patients ;
- De suivre le déploiement de la charte et sa bonne application, en identifiant, le cas échéant les difficultés rencontrées et en veillant à leur trouver des solutions.

Ce comité se réunira périodiquement pour faire le point sur la mise en œuvre de la charte commune d'identification des patients, notamment par l'analyse des indicateurs qualité ou tout tableau de bord mis à disposition. A termes, un bilan annuel d'activité sera réalisé et pourra être transmis au comité régional de pilotage « identification des patients en Normandie »

6.2.3 Cellule inter établissement d'identitovigilance

La cellule a pour mission :

- D'assurer le recueil et le suivi des indicateurs qualité relatifs à la gestion des identités au niveau du groupement ou du réseau ;
- D'accompagner et de former les professionnels des structures du groupement ou du réseau chargée de mettre en œuvre la politique inter établissement de gestion des identités ;
- D'accompagner, le cas échéant, les informaticiens ou les prestataires en tant qu'experts métier dans les travaux d'adaptation des processus métiers et systèmes d'information de gestion de l'identité ;
- De proposer l'intégration de la charte régionale d'identification du patient dans les appels d'offre pour l'achat, la maintenance ou le renouvellement des logiciels des structures sur lesquels un impact a été identifié en amont.

La mise en place d'une charte commune d'identification du patient au sein d'un groupement ou d'un réseau doit être accompagnée au sein de la structure de santé. Les actions d'accompagnement pouvant être mises en place dans ce cadre, sont :

- Des actions de communication auprès du professionnel de santé et du patient : brochures, affiches, newsletter, bulletin interne, guide de communication auprès du patient ...
- Des actions de sensibilisation sur l'importance de la qualité de l'identité du patient (pour tous les professionnels et le patient)
- Des actions de formation adaptées comprenant des formations initiales et des formations de rappel ou des formations individualisées.

La cellule se réunit périodiquement ou aussi souvent que nécessaire pour permettre d'assurer son activité et prendre en charge toutes les actions correctives nécessaires dans le cas où des incidents seraient identifiés. Elle peut être membre du comité inter établissement d'identitovigilance.

7. MODELE REGIONAL D'IDENTIFICATION PRIMAIRE DU PATIENT

7.1 Données démographiques du patient

Les données démographiques sont réparties en trois grandes catégories :

- Les traits stricts¹
- Les traits étendus²
- Les traits complémentaires³

Dans l'annexe A, une description détaillée des traits est indiquée (traits indispensables pour les échanges électroniques entre structures de santé).

Il est important de noter que les données démographiques ou traits recueillis correspondent aux données inscrites dans les documents officiels comme la pièce d'identité de la personne, par exemple, la carte nationale d'identité, le passeport, la carte de séjour, la carte de travail, le permis de conduire ou éventuellement le jugement d'adoption, la reconnaissance de paternité, le livret de famille ou l'extrait d'acte de naissance (pour les enfants sans pièce d'identité). Il est rappelé que les données enregistrées sur la carte *Vitale* ne suffisent pas à **qualifier** l'identité du patient.

Les pièces pouvant être utilisées dans le cadre du recueil de l'identité sont listées dans le tableau en Annexe A, et leur utilisation est décrite en annexe C. Cette liste n'est pas exhaustive et aucune notion d'obligation n'y est associée. **Il s'agit avant tout d'identifier le patient avec une pièce qui le représente dans tout le parcours de soins, pièce qui pourra être facilement montrée à toutes les étapes de sa prise en charge.** Dans un second temps, si l'identité a été vérifiée par une pièce « forte », alors l'identité peut être considérée comme « qualifiée ».

La saisie des données démographiques est une opération formelle qui demande beaucoup d'attention. Un catalogue de procédures communes, accompagnant la présente charte, et présentant des procédures descriptives et bien documentées afin d'aider les personnes en charge de cette tâche, sera élaboré secondairement à la présente charte (qui ne concerne pour l'instant que l'identification primaire des patients). Elles seront capitalisées par la Communauté de pratique « identification du patient en Normandie » et seront proposées par type de structures de santé.

7.2 Règles de création et de saisie des identités

Les règles énoncées ci-dessous ont été retenues au niveau régional. Certains points sont obligatoires (issus de l'instruction nationale DGOS/MSIOS du 7 juin 2013 relative à l'utilisation du nom de famille (ou nom de naissance) pour l'identification des patients dans les systèmes d'information des

¹ Trait strict : élément d'information indispensable ou minimum pour identifier un patient. Données personnelles « publiques », faiblement variables, faciles d'accès)

² Trait étendu : élément d'identification du patient supplémentaire pour faciliter les recherches d'identification et la reconnaissance par le patient de son dossier (nom d'usage, surnom...). Données présentant un niveau de confidentialité distinct, variables, plus difficiles d'accès)

³ Trait complémentaire : informations complémentaires médicales, administratives... Données parfois très confidentielles, discriminantes pour certains traitements.

structures de soins), d'autres sont modifiables. Les points obligatoires sont signalés par un astérisque*.

D'une manière générale, les seuls caractères autorisés sont les 26 lettres de l'alphabet et les chiffres de 0 à 9 pour les dossiers anonymes.

Nom de naissance

Ce nom est imprescriptible et inaliénable. Il doit être saisi en **caractères majuscules** en entier (dans la limite des caractères disponibles).

Il ne doit pas être confondu avec le nom d'usage / Nom usuel / Nom marital, qui peut être utilisé au quotidien mais ne remplace en aucun cas le nom de naissance. Ce nom est le trait strict qui caractérise le patient. Il reste inchangé tout au long de la vie du patient (contrairement au nom usuel, au nom d'usage ou au nom marital qui peuvent être modifiés tout au long de la vie du patient)

Selon l'orthographe du nom, des règles spécifiques devront / pourront être appliquées :

- **Nom comportant une apostrophe*** : l'apostrophe est supprimée et remplacée par un espace.
- **Nom comportant un caractère diacritique*** (accent, cédille ou tréma) : le caractère n'est pas reproduit.
- **Nom avec astérisque*** : l'astérisque n'est pas reproduit.
- **Nom composé avec un espace** : le nom est reproduit à l'identique avec l'espace.
- **Nom composé avec trait d'union** (simple ou double)* : le / les trait(s) d'union est remplacé par un seul espace.
- **Nom à particule** (commençant par DE, DEN, VAN, VANS DER, T, DOS, DEL, DA, LAS, LOS, VON, ...) : la particule est saisie en caractères majuscules, en respectant l'espace.
- **Nom composé commençant par SAINT(E)** : d'une manière générale, **les abréviations*** ne sont pas autorisées (ici, ST ou STE sont proscrits).
- **Noms comportant des caractères particuliers sans équivalent en français** :
 - Si elle existe, utiliser la table de traduction : Ä = AE ; Ö = OE ; Ø = O ; ß = SS

Prénom

Il s'agit du **premier prénom de l'état civil uniquement**. Ce prénom pourra cependant être composé (Cf. plus bas) Il doit être saisi en caractères majuscules, et respecter l'orthographe du document d'état civil. Les diminutifs et surnoms ne sont pas admis.

Si plusieurs prénoms, ceux-ci peuvent être renseignés dans la case « prénoms supplémentaires » si celle-ci est prévue par le logiciel.

Selon l'orthographe du prénom, des règles spécifiques devront / pourront être appliquées :

- **Prénom comportant une apostrophe*** : l'apostrophe est supprimée et remplacée par un espace.
- **Prénom comportant un caractère diacritique*** (accent, cédille ou tréma) : le signe auxiliaire n'est pas reproduit.
- **Prénom avec astérisque*** : l'astérisque n'est pas reproduit.
- **Prénom composé avec trait d'union*** : le trait d'union est remplacé par un espace.
- **Prénom ayant plusieurs orthographes** : l'orthographe est vérifiée auprès d'un document de l'état civil (ou auprès du patient au cas d'absence de papier).

- **Prénom usuel différent du premier prénom de l'état civil** : le prénom usuel est saisi dans le champ « prénom usuel ». Si ce champ est inexistant, l'établissement peut mentionner ce prénom usuel dans le champ « Commentaires » (« Dit » + nom usuel).
- **Patient sans prénom, confirmé sur le document de l'état civil** : il est saisi **SP**.

Date de naissance

Si la date de naissance est connue, elle est saisie sous le format **ddmmaaaa (hh :mm)**.

Si la date de naissance est inconnue⁴ :

- Si le jour de naissance est inconnu : saisir par défaut « 01 », soit le premier jour du mois.
- Si le mois de naissance est inconnu : saisir par défaut « 01 », soit le premier mois de l'année.
- Si le jour et le mois sont inconnus : saisir par défaut la date du 01 janvier de l'année de naissance.
- Si l'année de naissance n'est pas connue : saisir par défaut la décennie.

Sexe

Il s'agit du sexe administratif (mâle ou femelle), saisi **M** ou **F**.

En cas d'absence d'information, avec un prénom mixte ou un prénom étranger non significatif, noter « I » (sexe indéterminé).

Si le patient est transsexuel (homme vers femme ou femme vers homme), seul le sexe légal est à prendre en compte. Dans ce cas, il est nécessaire de se référer au document d'état civil présenté.

Adresse

Le renseignement de l'adresse du patient s'effectue via la saisie des 5 chiffres composant le code postal, ou bien via la saisie du nom de la ville si le code postal n'est pas disponible. Certains logiciels ne comprennent pas, dans leurs bases de données, les noms de villes nouvelles ou ne tiennent pas compte de remembrements urbains. La structure de santé devra se rapprocher de l'éditeur pour qu'une mise à jour puisse être réalisée. Le code postal devra être renseigné en priorité.

La saisie des noms de rue obéit à la convention d'écriture suivante :

- Avenue : AV
- Boulevard : BD
- Rue : RUE
- Commandant : CDT
- Général : GAL

⁴ L'objectif, en cas de date de naissance inconnue, est de créer une identité qui puisse d'une part être facilement utilisable par les professionnels, d'autre part, attirer l'attention de ces derniers sur le fait que cette identité ne peut être qualifiée. La date du 1^{er} janvier permet de créer cette vigilance. Par ailleurs, la majorité des structures d'archivage physique des dossiers administratifs comportent des cases de stockage plus importantes pour la date du 1^{er} janvier...

- Maréchal : MAL

L'ensemble de ces données doit être saisi en caractère majuscule.

Lieu de naissance

A noter que le renseignement du lieu de naissance est obligatoire en Normandie sur l'ensemble des documents relatifs à la transfusion de produits sanguins labiles.

Pour les patients nés en France, le lieu de naissance est renseigné via la commune de naissance :

- Nom de la commune de naissance (France)
- Numéro de département (France actuel)
- Commune de naissance (ou code pays) : INSEE actuel avec gestion possible des tirets (attention aux règles de modification des codes communes).
- Nom de la commune de naissance : AFNOR XPZ 10-011 (attention, certaines villes sont devenues des quartiers donc changer le nom de commune)
- RGI : localité (identifiant UN00000013)
- INSEE : code officiel géographique actuel
- Patients nés dans les DOM - TOM : indiquer le département ou le territoire

Pour les patients nés à l'étranger :

- Pays de naissance : nom du pays de naissance (obligatoire pour les personnes nées à l'étranger). Pays : ISO 3166-1 (CI-SIS) – Norme internationale
- Villes étrangères de naissance ou de résidence : saisir le code postal international dans le champ code postal : 99 + 3 chiffres pour le pays. Saisir le nom de la ville dans le champ « ville ».

7.3 Présentation du principe de qualification de l'identité

Les identités de patient sont dites « qualifiées » lorsqu'on peut confirmer que les informations retenues pour les décrire sont fiables. Cette qualification tient donc compte du **degré de confiance** que l'on peut avoir sur les données saisies.

Deux niveaux de qualification sont ainsi retenus :

- Identité **confirmée** : les traits stricts ont été vérifiés avec une pièce justificative d'identité officielle (comportant une photo).
- Identité **provisoire** :
 - Tous les traits stricts sont renseignés mais non vérifiés par une pièce d'identité officielle.
 - Identité Patient dont au moins l'un des traits stricts est manquant ;

Ce degré de qualification permettra de construire l'espace de confiance nécessaire pour concevoir et sécuriser les parcours de patients entre établissements et structures de santé (intérêt pour les parcours de soins, les parcours intra GHT, les prises en charges au sein d'un réseau de santé, ...)

7.4 Présentation du principe des attributs d'identités

Par ailleurs, des attributs complémentaires peuvent être adjoints à l'identité ou à un trait d'identité afin de préciser un contexte particulier lié au patient.

On retient :

- **Douteux** : si l'on s'inquiète d'un risque d'erreur sur la personne (démence, coma, usurpation d'identité, ...) ;
- **Imprécis** : lorsque l'information donnée peut être sujette à caution comme par exemple une date de naissance approchée, un nom trop long pour le SI.

8. GESTION DE L'IDENTITE DU PATIENT

L'identité du patient est généralement recueillie dans un système d'information dédié. Qu'il s'agisse de la gestion administrative du patient ou de la gestion administrative du malade dans les établissements ou encore du dossier médical dans les cabinets libéraux, il existe un et un seul système maître qui dispose de toutes les fonctions listées dans le tableau ci-dessous.

Dans le cas du dossier médical en libéral, le professionnel s'assurera que la majorité de ces fonctions sont implémentées dans son logiciel.

L'ensemble des fonctions décrites ci-dessous est nécessaire :

Fonction de gestion	Commentaire
Recherche d'une identité d'un patient	Cette fonction permet, à partir de traits d'identité ou d'identifiant patient, de rechercher si l'identité du patient a déjà été enregistrée. Cette fonction propose des solutions qui permettent de lister les homonymes, les doublons et les identités approchantes. C'est la première opération à réaliser avant toute saisie d'information d'identité de patient.
Création d'une identité	Cette fonction est réalisée quand le patient n'existe pas dans le système. Cela suppose de suivre toute la procédure de création de l'identité du patient.
Modification d'une identité	Cette fonction est réalisée lorsque le patient ou un intervenant signalent que l'une ou plusieurs de leurs données démographiques ont changé ou que le dossier existant est erroné. La procédure de modification est alors suivie.
Mise à jour de l'état de l'identité du patient	Cette fonction permet de gérer l'état ou la qualification de l'identité du patient. Dans le cas où une identité n'est pas encore confirmée, elle est dans un état temporaire et devient confirmée dès que les informations ont été vérifiées (pièces justificatives).

Consultation de l'historique de l'identité patient	Cette fonction est utile dans le cadre d'une recherche d'historique ou de traçabilité. C'est une fonction souhaitée .
--	--

Fonction d'administration	Commentaire
Gestion des incidents d'identités	Cette gestion permet de créer, de suivre et de résoudre les incidents d'identités. C'est une fonction très utile qui peut être gérée par un logiciel.
Recherche des doublons potentiels	Cette fonction permet de rechercher si des doublons coexistent dans le système.
Fusion des identités Patient	Dans le cas où plusieurs enregistrements d'identité ont été créés pour une seule identité patient réelle, une procédure spécifique de fusion des identités est alors réalisée. C'est une fonction majeure . Il est recommandé que cette validation soit réalisée manuellement . Cela doit demander un accord médical pour réaliser cette opération
Eclatement des dossiers Patient	Dans le cas où un seul dossier patient a été créé pour deux patients différents, une procédure spécifique d'éclatement est alors réalisée. Il est recommandé que cette gestion soit réalisée manuellement . Cela doit demander un accord médical pour réaliser cette opération.
Audit de la base d'identité Patient	C'est une fonction de type « automatique » qui permet de lancer une vérification de la base des identités des patients afin de rechercher les incidents potentiels (doublons, homonymies non qualifiées, collision, évaluation de la qualité – de la validité des identités...). C'est une fonction utile mais non critique.
Archivage des identités Patient	Cette fonction obéit aux règles d'archivage réglementaires. C'est une fonction utile mais non essentielle. Si elle n'est pas implémentée, les identités Patients restent disponibles en ligne (décès, perte de patientèle, non reprise du dossier historique en ligne, dossier orphelin).

Tableau 2 : Les fonctions de la gestion de l'identité du patient

9. MANUEL DE PROCEDURES

Les fonctions de base nécessitent pour leur mise en œuvre de respecter les procédures permettant de traiter les différentes actions à mener pour réaliser correctement la fonction.

Un manuel de procédures est mis à jour périodiquement par la cellule d'identitovigilance (ou son équivalent), notamment lors de la prise en compte de la charte régionale d'identification du patient en Normandie.

La sensibilisation ou la formation des acteurs concernés est indispensable pour une bonne prise en compte des modifications des procédures.

Afin d'aider les professionnels des établissements dans l'élaboration de leur manuel des procédures relatives à l'identification des patients, un catalogue de procédures types, de recommandations, d'exemples de modes opératoires sera mis à disposition progressivement par la communauté de pratique régionale (Cf. les principes de gouvernance régionale) Ces documents ne seront pas opposables. Ils ne consisteront qu'en une aide à la conception et la mise en œuvre d'une gestion des identités sécurisée au sein des structures de santé de Normandie.

10. SECURITE

Les données démographiques du patient sont des données à caractère personnel qui nécessitent donc un niveau de sécurité assurant notamment la **confidentialité des données**.

Outre les précautions élémentaires à mettre en œuvre dans la structure de santé (accès physique et logique aux serveurs et ordinateurs, mots de passe,...), selon sa configuration, la structure devra mettre en place une **gestion des droits d'accès** à ces données. Pour cela, la structure définira les niveaux d'autorisation par catégorie professionnelle, par catégorie de données ou par fonctions. *Par exemple, l'infirmière hospitalière n'a pas vocation à modifier les traits du patient mais le bureau des entrées peut le faire.*

Il s'agira également d'intégrer les problématiques du RGPD – Règlement Général pour la Protection des Données, qui s'impose à toute structure de santé en France et en Europe depuis le 25 mai 2018.

10.1 Traçabilité

Toutes les actions réalisées sur les identités patients sont systématiquement journalisées et tracées.

On trouvera en annexe F les éléments minimum à recueillir. La consultation du journal des traces (de préférence centralisée) n'est accessible qu'à des personnes autorisées.

10.2 Information des patients

La structure de santé met en œuvre l'information des patients, selon la réglementation en vigueur (notamment conformément au RGPD).

Il s'agira, pour la structure de santé, d'obtenir systématiquement l'accord du patient pour conserver des données personnelles. Ce cadre dépasse d'ailleurs la gestion des identités et doit être intégré dans le cadre plus large de la gestion de la sécurité des systèmes d'information...

11. ARCHITECTURE TECHNIQUE DES ECHANGES

Au préalable, l'architecture de communication doit décrire les principes de partage et d'échange de l'identité du patient. Dès lors, l'ensemble des traits stricts retenus est partagé par tous les professionnels de santé dans leur système d'information, ce qui permettra le partage des éléments du dossier patient.

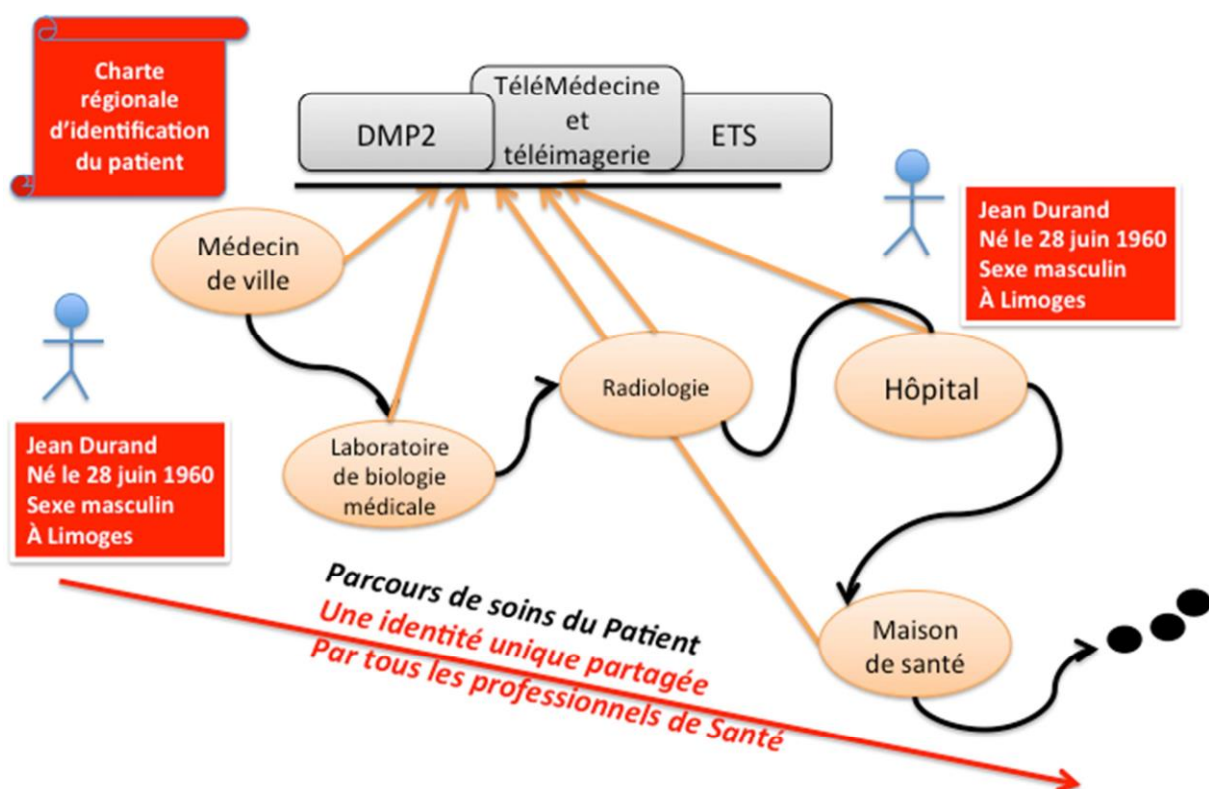


Schéma 3 : Parcours du patient et identité partagée

11.1 Impact de la charte sur les fonctions du système d'information

La charte régionale d'identification du patient et sa déclinaison locale dans les structures de santé ont probablement des impacts forts sur le système d'information et l'organisation de la structure. Il est donc recommandé de mettre en place un audit ou une étude d'impact sur les processus internes (par exemple : processus d'admission, de production de soins, de pilotage et de facturation et de support) et externes (par exemple : télémedecine, EFS,...) et sur le système d'information (par exemple : analyse d'impact, en se basant sur la cartographie des applications et des flux d'échanges).

L'étude d'impact définira le plan d'actions à mettre en œuvre, ainsi que le planning et le budget à prévoir.

12. INDICATEURS QUALITE

La mise en place d'Indicateurs Qualité a pour objectif d'évaluer la bonne application des procédures et de vérifier la qualité des identités de la structure. Ils interviennent dans le cadre de l'amélioration continue des processus.

Ces indicateurs pourront être partagés pour certains au niveau local, pour d'autres au niveau inter établissements, pour d'autres enfin au niveau régional. Un premier travail du comité de pilotage régional sera de déterminer quels seront les indicateurs indispensables à suivre pour un pilotage optimal de la politique régionale d'identification des patients en Normandie. **La liste des indicateurs délivrée au sein de cette charte est purement indicative.** Elle ne peut être opposable à toutes les structures de santé. Seuls quelques indicateurs seront identifiés par le comité de pilotage régional et leur liste sera secondairement diffusée auprès des structures de santé concernées. Il s'agira de différencier les indicateurs opérationnels permettant le pilotage au quotidien de chaque établissement ou structure des indicateurs de pilotage régional (qui pourront d'ailleurs plutôt s'exprimer sous forme de taux)

12.1 Les indicateurs de suivi du processus d'identification du patient

12.1.1 Indicateurs élémentaires

Les indicateurs élémentaires cités ci-dessous seront au minimum relevés. Le périmètre sur lequel ils s'appliquent est le système central de gestion des identités Patients (SIH, logiciel du libéral, gestion des résidents) ou correspond au logiciel qui consolide les index existants.

- *Nombre total ou taux de dossiers actifs*, à l'exclusion des dossiers archivés⁵, ...
- *Nombre ou taux de dossiers « archivés »*
- *Nombre total d'identités patient* : nombre total de dossiers actifs dont l'identité a été renseignée sans préjuger de la « qualité » de l'identification (confirmée ou provisoire)
- *Nombre total ou taux d'identités patient « Confirmées »*
- *Nombre total ou taux d'identités patient « Provisoires »*
- *Nombre total ou taux d'identités patient « Imprécises »*
- *Nombre total ou taux d'identités patient « Douteuses »*

12.1.2 Indicateurs des anomalies au niveau local

- *Nombre d'anomalies détectées* (suivi mensuel préconisé)
 - Nombre d'anomalies brut : doublons, collisions, incohérences
 - Nombre d'anomalies par gravité (cf. point 13)
- *Nombre de doublons confirmés* (suivi mensuel préconisé)

⁵ Dossier archivé : dossier d'un ancien système ou sorti du système en production, car ancien, obsolète, sans événement depuis plus de cinq ans ...

12.1.3 Indicateurs complémentaires

- *Nombre ou taux de collisions* (suivi mensuel ou trimestriel préconisé)
- *Nombre ou taux de dossiers modifiés* (suivi mensuel préconisé)
- *Nombre ou taux de dossiers fusionnés* (suivi mensuel préconisé)
- *Nombre ou taux de dossiers créés* (suivi mensuel préconisé, non repris de l'historique)
- *Nombre ou taux de dossiers repris sur l'historique* (suivi mensuel préconisé)

12.2 Les indicateurs organisationnels

12.2.1 Maturité du système d'échange et de partage des identités patient entre structures de santé

La maturité peut être évaluée selon les critères suivants. Cependant, les établissements pourront aussi, par soucis de cohérence avec les autres démarches qualité en vigueur au sein de leur structure, se référer aux outils de cotation publiés par la HAS dans le cadre de la procédure de certification des établissements de santé :

1	La structure de santé n'est pas en capacité d'organiser un échange de données de santé ou elle a initié un processus d'échange de données de santé, mais celui-ci n'est pas automatisé ; Généralement, les données sont transmises à la demande. La vérification de l'identité du patient à la réception est réalisée manuellement.
2	L'échange des identités Patient est reproductible à l'aide d'un nombre limité de systèmes. Les identités Patient sont intégrées dans les solutions informatiques et contrôlées directement dans les applications concernées.
3	Les identités Patient sont gérées ainsi que les échanges d'identité en entrée comme en sortie, avec les autres systèmes, et sont comparées ou rapprochées (manuellement, semi automatiquement ou automatiquement) grâce aux principes de qualification de l'identité définis dans les chartes locales d'identification du patient. On a défini un plan d'utilisation et de standardisation des outils pour automatiser les processus de transmission et de réception des données de santé avec accusé réception.
4	Les identités ainsi que la gestion des anomalies détectées sont maîtrisées a posteriori. Les outils sont mis en place selon un plan standardisé et fonctionnent complètement avec les outils des autres structures de santé. Les échanges sont réciproques notamment pour la gestion des alertes et des anomalies. Des contrôles métier sont mis en œuvre automatiquement. La charte régionale d'identification du Patient est appliquée aux structures de santé échangeant les données Patient.

12.2.2 Habilitation

- Nombre de personnes habilitées à créer des identités
- Nombre de personnes habilitées à modifier des identités
- Nombre de personnes habilitées aux opérations supérieures (fusion, de-fusion,...)

12.2.3 Formation des professionnels

- Nombre d'heures de formation à l'identification dans l'établissement avec le nombre d'agents formés par an (Formation initiale, formation continue)
- Taux de personnel en poste formé

12.3 Autres indicateurs

La structure de santé mettra en place tous types d'indicateurs de qualité susceptibles d'améliorer son fonctionnement (indicateurs qualité HAS, paiement à la performance en milieu libéral, autres).

12.4 Suivi des indicateurs au régional

La communauté de pratique « identification des patients en Normandie » est en charge de la consolidation des indicateurs de la qualité et organisationnels transmis par les cellules d'identitovigilance locales.

La liste des indicateurs et la régularité des remontées d'information restent à définir. Ces indicateurs pourront servir de base à une communication régionale.

12.5 Suivi des indicateurs en local

La cellule d'identitovigilance de la structure de santé (ou son équivalent) est en charge de la production des indicateurs qualité et organisationnels. Elle assurera par ailleurs, le suivi des anomalies d'identités en mettant en place des actions correctives si nécessaire.

Régulièrement, elle fournira un tableau récapitulatif des résultats au comité d'identitovigilance pour information. La fréquence de remontée de ces informations sera définie localement en fonction de la politique établie. Ces indicateurs pourront servir de base à une communication interne.

13. GESTION DES INCIDENTS ET DES ANOMALIES

Dans le cadre de l'activité normale et dans les résultats des outils informatiques, des anomalies, des incidents et des problèmes peuvent être détectés, (doublons, collisions, erreur...).

La cellule locale d'identitovigilance doit réaliser une analyse de chaque anomalie, incident ou problème et le résoudre. Il est fortement conseillé, pour des raisons de cohérence de démarches qualité et sécurité des soins, d'utiliser les mêmes échelles de graduation des gravités, fréquences, détectabilité et/ou niveau de maîtrise que celles préconisées par la Haute Autorité de Santé dans le cadre des procédures de certification des établissements de santé (Cartographie des risques).

Ces échelles et notamment leur vocabulaire, sont à adapter localement en fonction du type de structure de santé. Pour chaque niveau, une définition pourra être partagée, accompagnée d'exemples concrets.

Un mode opératoire local doit être formalisé notamment pour définir les rôles et responsabilités dans la gestion des changements d'identité dans le ou les systèmes d'information.

La cellule locale d'identitovigilance, communique régulièrement à la communauté de pratique « identification du patient en Normandie » les indicateurs sur le type d'anomalie et leur gravité. Dans le cas des groupements de structure, chaque cellule locale d'identitovigilance communique à la cellule inter établissement ses indicateurs.

Cette déclaration d'anomalies et de gravité est complémentaire des déclarations obligatoires concernant les événements indésirables graves ou les informations des vigilances qui doivent être réalisées prioritairement et selon leur mode de déclaration propre.

14. CARTOGRAPHIE DES RISQUES

Chaque structure de santé doit pouvoir identifier les risques liés à l'organisation qu'elles ont mise en place dans le cadre de la gestion des identités des patients. Ces risques potentiels et avérés doivent figurer au sein d'une cartographie. Cette dernière permettra alors d'établir un plan d'actions hiérarchisé dont l'objet est l'amélioration continue de la démarche.

Une cartographie des risques relative à la prise en charge des patients est exigée dans le cadre de la procédure de certification des établissements de santé par l'HAS. Il est vivement conseillé, pour des raisons de cohérence de démarche, d'intégrer la cartographie des risques relative à la gestion des identités dans cette cartographie générale en utilisant alors les outils et méthodes préconisées par l'HAS. Cependant, chaque structure reste décisionnaire dans le choix de la méthode employée.

15. GLOSSAIRE

Identification :

Identifier une personne consiste à disposer des informations nécessaires et suffisantes pour ne pas confondre cette personne avec une autre. C'est au départ une tâche humaine qui consiste à recueillir les informations décrivant une personne physique pour l'identifier de façon unique (nom de naissance, premier prénom, date de naissance, sexe, ...) qu'on appelle traits.

Identifiant :

Séquence de chiffres et ou de caractères pour représenter une personne et lui associer des informations dans le cadre de sa prise en charge. C'est généralement une clé informatique (index) permettant d'accéder aux informations qui concernent une personne et de lui attribuer des informations en limitant le risque d'erreur.

Exemple : numéro de carte d'identité, numéro d'identification permanent (NIP), identifiant permanent du patient (IPP)...

Traits :

Caractéristiques définies dans un système d'information (données démographiques) comme des constituants de l'identité d'un patient, et censées représenter une personne pour l'identifier de façon unique dans le système. Trois types de traits selon leurs caractères de facilité d'obtention, de stabilité, de confidentialité, ou de discrimination constituent le « profil de traits ». On distingue :

- les traits stricts. Les traits stricts sont utilisés comme critères discriminants, en particulier pour la recherche des dossiers antérieurs (nom de naissance, date de naissance, sexe). La recherche sur traits stricts peut aboutir à une liste de patients homonymes.
- les traits étendus (utilisés pour compléter l'identité du patient). La recherche sur traits étendus est réalisée quand les traits stricts sont insuffisants pour une identification certaine. Les disponibilités des traits étendus, issus du domaine administratif, sont généralement plus ou moins neutres au regard de la confidentialité des données individuelles, et permettent de sélectionner le patient dans une liste de dossiers approchants. L'adresse, les prénoms suivant le premier prénom de naissance, l'existence de séjours antérieurs dans l'hôpital sont des exemples de traits étendus.
- les traits complémentaires (utilisés pour fournir des informations médicales, administratives ou autres). Il s'agit plutôt d'informations professionnelles qui sont consultées par des professionnels habilités quand un doute subsiste.

Noms :

- **Nom de famille** (loi n° 2002-304 du 4 mars relative au nom de famille) = nom de naissance = nom patronymique : c'est le nom donné à la naissance d'un individu (ne fait plus référence systématiquement au nom du père, le nom de la mère peut être choisi également comme nom de naissance ou l'association des deux)
- **Nom usuel** = nom d'usage :
Nom porté par un individu à un moment de sa vie. C'est le nom par lequel l'individu souhaite se faire appeler. Il peut être le nom de l'époux (ou nom marital) pour les femmes comme pour les hommes, ou un pseudonyme sous lequel la personne souhaite se faire appeler.
- **Nom de jeune fille** : c'est le nom de famille pour les femmes mariées
- **Nom marital** = nom de femme mariée, c'est le nom porté par la femme mariée si elle le souhaite. La réciproque est vraie aussi. Un homme peut porter le nom de son épouse ou de son époux. Il s'agira aussi du nom marital. Ce nom ne doit pas être confondu avec le nom de famille qui est donné à la naissance.
- **Prénom** :
Premier prénom même composé apparaissant sur la pièce d'état civil avant la première virgule (règle française).
- **Anomalie d'identité** :
Il y a « anomalie d'identité » dans le SI lorsque l'unicité de l'identifiant n'est plus assurée suite à la création de doublons d'identité ou de collisions.
- **Doublon** :
Situation dans laquelle deux identifiants ou plus concernent une même personne physique. Le risque majeur est de ne pas disposer de toutes les informations médicales concernant le patient, et à prendre des décisions médicales inadéquates car les informations étaient disponibles dans un autre dossier non mis à la connaissance du professionnel de santé.

- **Collision :**

Situation dans laquelle le même identifiant est attribué à deux personnes différentes (au moins). Cela se traduit par l'existence d'un seul dossier pour ces deux personnes. Le risque majeur est de modifier le traitement d'un patient au regard de données médicales d'un autre individu.

- **Domaine d'identification :**

Ensemble des identifiants valides avec unicité souhaitée indexée aux identités de personnes d'une communauté donnée.

16. REFERENCES

- Guide de sensibilisation sur l'identification du patient dans le processus de soins de l'AFNOR
- Identification du patient, Etude GMSIH, 2002
- Charte régionale d'identification des patients en Ile-De-France, 2014
- Arrêté du 22 septembre 2011 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes. NOR: ETSS1125718A. Version consolidée au 08 décembre 2012. <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024803740&dateTexte=vig>
- Manuel de certification V2010 révisé avril 2011. http://www.hassante.fr/portail/jcms/r_1439924/fr/manuel-de-certification-des-etablissements-desante-v2010-revisé-avril-2011
- Guide méthodologique certification V2014 des établissements de santé, HAS https://www.hassante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_1772033
- Instruction générale relative à l'état civil du 2 novembre 2004. http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=00EFBFC581DB674133A9D220B39281D2.tpdjo12v_2?cidTexte=JORFTEXT000000786243&categorieLien=id
- Guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie. 1er mars 2013. ATIH.
- INSTRUCTION N° DGOS/MSIOS/2013/281 du 7 juin 2013 relative à l'utilisation du nom de famille (ou nom de naissance) pour l'identification des patients dans les systèmes d'information des structures de soins.
- Décret n° 2006-6 du 4 janvier 2006 relatif à l'hébergement de données de santé à caractère personnel et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires).
- Décret n° 2007-960 du 15 mai 2007 relatif à la confidentialité des informations médicales conservées sur support informatique ou transmises par voie électronique et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires).
- Nomenclature des communes et des pays et territoires étrangers INSEE <http://www.insee.fr/fr/methodes/nomenclatures/cog/telechargement.asp>
- E.WENGER, Mc DERMOTT, SNYDER, 2002, American Productivity and Quality Center, Report, 2001

17. ANNEXES

17.1 Annexe A : Pièces justificatives d'identification

Libellé	Confiance
Carte Nationale d'Identité	Forte
Passeport	Forte
Carte de séjour	Forte
Carte de travail	Moyenne
Permis de conduire	Moyenne (forte si nouveau modèle)
Livret de Famille	Moyenne
Extrait d'acte de naissance	Moyenne (pour les enfants) Faible (pour les adultes)
Jugement d'adoption	Moyenne (pour les enfants)
Reconnaissance de paternité	Moyenne (pour les enfants)
Carte Vitale 2 + photo	Moyenne (attention aux multiples ayants droits)
Carte Vitale 1	Faible (attention aux multiples ayants droits)
Carte de mutuelle	Faible
Carte d'étudiant	Faible
Carte professionnelle	Faible (non recommandé)
Carte d'électeur	Faible (non recommandé)

Rappel : Les données démographiques ou traits recueillis correspondent aux données inscrites dans les documents officiels comme la **pièce d'identité de la personne**, par exemple, la carte nationale d'identité, le passeport, la carte de séjour, la carte de travail, le permis de conduire (dans sa nouvelle version) ou éventuellement le jugement d'adoption, la reconnaissance de paternité, le livret de famille ou l'extrait d'acte de naissance (pour les enfants sans pièce d'identité).

Il est rappelé que les données enregistrées sur la carte Vitale ne suffisent pas à **qualifier** l'identité du patient.

Seul un document avec une confiance forte permet de qualifier l'identité pour les échanges de données.

Dans le cas où ces **pièces ne seraient pas accessibles** alors l'identité sera considérée comme « **provisoire** » ; ce qui pourra dans certains cas nécessiter la mise en place de contrôles complémentaires pour limiter les risques de confusion ou de perte de chance pour le Patient.

Dans les cas où seuls des documents à **confiance moyenne** sont disponibles, il peut être proposé d'associer plusieurs documents afin d'améliorer la confiance et les risques d'erreur. En revanche, ils ne permettront pas de qualifier l'identité, celle-ci restant **provisoire**.

En tout état de cause, en l'**absence de document** ou par l'exploitation d'un document à **confiance faible** il convient a minima de créer le dossier administratif ; mais l'identité restera **provisoire** et éventuellement, les attributs par champs permettront de préciser s'ils sont **imprécis** voire **douteux**.

17.2 Annexe B : Description détaillée des traits de l'identité du patient

Les traits stricts servent à identifier de manière unique le patient, et de manière univoque. Dans le tableau suivant sont précisées les règles techniques à appliquer, de telle sorte que ces données puissent s'échanger aisément d'une application à l'autre ou entre structures de santé.

Type de données	Type de trait	Champ	O / F ⁶	Commentaire
Données démographiques	Traits stricts	Nom de naissance (nom de famille)	O	Voir les règles de saisie ci-dessous et point 7.2
		Premier prénom de naissance	O	Voir les règles de saisie ci-dessous et point 7.2
		Date de naissance	O	Format ddmmaaaa Voir les règles de saisie point 7.2
		Sexe	O	Il s'agit du sexe administratif (M, F, I)
		Commune de naissance (code pays)	O	INSEE actuel avec gestion possible des tirets. Attention aux règles de modification des codes communes
	Traits étendus (personne)	Nom d'usage (=nom usuel)	O	Voir les règles de saisie ci-dessous et point 7.2
		Prénoms suivants		Voir les règles de saisie ci-dessous et point 7.2
		Nom de la commune de naissance	O ⁷	AFNOR XPZ 10-011 RGI : localité (identifiant UN00000013) INSEE code officiel géographique actuel
		Pays de naissance	O	Pays : ISO 3166-1 (CI-SIS)
	Traits étendus (structure)	Adresse géopostale	F	Format géopostal AFNOR XPZ 10-011 RGI : Lieu-dit (identifiant UN00000031) RGI : Localité (identifiant UN00000013) RGI : Code postal (identifiant UN 00000014) Pays : ISO 3166-1 (CI-SIS)
		INS-C	F	Voir les procédures de calcul
		Moyen d'identification	O	nomenclature « Moyen d'identification »
		IPP ou identifiant	F	C'est l'identifiant attaché à l'identité du patient au sein de la structure de santé. Il convient de systématiquement rattacher cet identifiant avec l'identifiant de la structure connue dans un référentiel national (par exemple FINESS)
Autres données	Traits complémentaires	N° de venue (NDA N° dossier administratif)	F	Identifiant dans le domaine d'identification (FINESS juridique, ADELI)
		Noms des personnes en relation	F	Mère/enfant Fratrie Patient/conjoint Donneur/receveur Ascendants/descendants Personne de confiance / tuteur ...
		NIR de facturation	F	

⁶ Obligatoire / Facultatif

⁷ Le lieu de naissance est obligatoire en Normandie pour la transfusion sanguine

		Autres identifiants	F	Ces identifiants suivent les règles du domaine d'identification auquel ils sont rattachés
		Photographie	F	Image jpeg
		Identité biologique (à préciser)	F	Les règles seront rattachées à la donnée (à préciser selon la donnée)

Règles de saisie pour les noms et prénoms (voir instruction Juillet 2013 DGOS) :

D'une manière générale, pour une homogénéité de saisie et pour éviter la création de doublons :

- Préconiser l'utilisation exclusive des majuscules lors de la saisie ou modification automatique grâce à des outils de transformation des caractères minuscules et diacritiques.
- Les caractères autorisés sont :
 - les 26 lettres de l'alphabet,
 - et les chiffres de 0 à 9 pour les dossiers anonymes.
- Les caractères proscrits sont :
 - les caractères diacritiques (lettres avec accents, trémas, cédilles...),
 - les apostrophes,
 - les tirets ainsi que les double-tirets pouvant apparaître sur les documents d'identité,
 - les astérisques,
 - et toute forme de ponctuation.
- Les tirets (des noms composés ou des prénoms composés) et les apostrophes sont remplacés par un caractère "espace" (JEAN-LUC est saisi JEAN LUC) (L'HOPITAL est saisi L HOPITAL).
- Les abréviations sont interdites : SAINT (ne doit pas être saisi ST), JEAN PAUL (ne doit pas être saisi J PAUL).
- Lorsque le système d'information est limité dans le nombre de caractères à saisir, alors le nom sera tronqué pour les derniers caractères manquants, le nom ou les prénoms ne devront pas faire l'objet d'une abréviation. La charte de l'établissement devra clairement préciser le nombre maximal de caractères possible pour les champs stricts afin que les tiers soient informés de cette limitation.

Les caractères diacritiques pourront être introduits dans une trajectoire cible.

Exemple d'adresse :

Adresse personnelle :

2^{ème} étage (ligne 1)

1 avenue des Champs Elysées (ligne 2)

75008 Paris (CP et ville)

17.3 Annexe C : Utilisation des pièces d'identité dans l'identification des patients. Une réponse juridique

Dans le texte ci-dessous, nous trouverons tous les éléments utiles pour justifier l'usage de la demande des pièces d'identité au patient. Il provient du service juridique de l'ARS Ile-de-France.

L'identification fiable et unique du patient à toutes les étapes de sa prise en charge et à chaque venue, permet de relier toutes les données relatives à une personne et de délivrer l'acte prescrit à la bonne personne. Il s'agit d'un enjeu majeur pour la continuité et la sécurité des soins, compte tenu du risque d'erreurs potentiellement graves lié à une mauvaise identification (erreur de site opératoire, erreur de traitement, erreur de résultats de laboratoire de biologie médicale, etc...). Un système de surveillance, de correction et de prévention des erreurs permet de maîtriser ce risque.

Un dossier administratif lors de l'admission en établissement de santé est donc à constituer dans l'intérêt du patient (et dans un objectif de gestion du risque) et peut être composé notamment de la pièce d'identité. Les formalités d'admission servent à identifier le patient pour assurer la sécurité du suivi médical, et à permettre la prise en charge financière des soins.

L'article L 162-21 du code de la sécurité sociale dispose d'ailleurs que "L'assuré ne peut être couvert de ses frais de traitement dans les établissements de santé de toute nature que si ces établissements sont autorisés à dispenser des soins aux assurés sociaux. Dans ces établissements de santé, il peut être demandé à l'assuré d'attester auprès des services administratifs de son identité, à l'occasion des soins **qui lui sont dispensés, par la production d'un titre d'identité comportant sa photographie.**"

Il y a par conséquent et fort heureusement, espérons-le, une pratique des hôpitaux français visant à sécuriser l'identification des patients à toutes **les étapes de leur prise en charge**. A cet égard, la haute autorité de santé (HAS) notamment dans son « manuel de certification des établissements de santé v2010 » précise l'importance de définir au sein des ES une « *organisation et des moyens permettant de fiabiliser l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge* » et que « *les personnels de l'accueil administratif et les professionnels de santé sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient. Les personnels de l'accueil administratif mettent en œuvre les procédures de vérification de l'identité du patient. Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription avant tout acte (...)* ». Il appartient à chaque établissement de mettre en place le processus de vérification de concordance d'identité des patients (processus qui pourrait par exemple figurer dans le règlement intérieur de l'ES).

Ainsi la loi elle-même (article susvisé du CSS) précise qu'il peut être demandé à l'assuré d'attester de son identité, et la politique de gestion du risque et d'amélioration de la sécurité des soins le recommande également, voire l'impose (ex HAS).

De surcroît, le fait d'exiger du patient d'attester de son identité semble globalement une exigence « *proportionnellement justifiée par rapport au but recherché* » pour reprendre l'expression jurisprudentielle couramment utilisée dans les potentiels cas d'atteinte à la liberté individuelle.

Cette possibilité est en outre permise par l'article L. 1110-3 CSP qui encadre le refus de soins en disposant que « *Aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention*

ou aux soins. (...) Hors le cas d'urgence et celui où le professionnel de santé manquerait à ses devoirs d'humanité, le principe énoncé au premier alinéa du présent article ne fait pas obstacle à un refus de soins fondé sur une exigence personnelle ou professionnelle essentielle et déterminante de la qualité, de la sécurité ou de l'efficacité des soins. La continuité des soins doit être assurée quelles que soient les circonstances, dans les conditions prévues par l'article L. 6315-1 du présent code ».

En revanche, si le refus de prise en charge cause un préjudice au patient, l'ES sera responsable de ce préjudice.

Ex : arrêt CAA Paris de 1998

http://basedaj.aphp.fr/daj/public/index/display/id_theme/953/id_fiche/3112.

S'agissant de la possibilité pour le patient de refuser de donner son identité, seule la sensibilisation et une parfaite information du patient sur le fait que c'est dans son intérêt (prise en charge financière et sécurité des soins) est à recommander. Si le refus persiste ou si acceptation partielle, ces informations, comme pour toutes autres informations complémentaires utiles, (...) semblent pouvoir être saisies afin notamment de limiter la responsabilité de l'ES en cas d'incident lié à une mauvaise identification. En effet, la mise en cause de la responsabilité du PS, du service administratif ou de l'ES pour une absence de sollicitation et de présentation des documents d'identité, pourrait être engagée, au motif d'une certaine négligence dans l'admission du patient.

Remarque : A la lecture de cet avis juridique, il est recommandé aux établissements et structures de santé de définir en leur sein, un positionnement interne en cas de refus par le patient de présenter une pièce d'identité destinée à confirmer son identité.

17.5 Annexe D : Traçabilité - Éléments à recueillir

Les éléments à recueillir pour le suivi de la traçabilité des actions sont :

- Logiciel/version
- Action réalisée (consultation, mise à jour, création, suppression...)
- Date, heure
- Auteur de l'action (identifiant, nom)
- Identifiant du patient (identité)
- Structure / SI

18. EXEMPLES

18.1 Exemple 1 : Admission dans un établissement de santé

Un patient se présente dans l'établissement de santé. Au lieu d'accueil, le professionnel de santé va recueillir les données démographiques du patient et respecter les procédures propres à l'identification du patient de la structure (recherche d'un dossier historique ou création d'un nouveau dossier patient) qui sont appliquées.

Les pièces justificatives demandées sont alors enregistrées et éventuellement dématérialisées et les données utiles transmises aux différents processus médicaux internes.

Les systèmes d'information de santé externes (Laboratoires de biologie médicale, ETS, télémédecine, réseaux de santé,...), pourront partager les données d'identification qualifiées si ces dernières sont complètement renseignées.

Dans le cas où les pièces demandées ne seraient pas fournies à l'admission, l'identité du patient transmise sera marquée comme provisoire (voir section 7). Dans certains cas le professionnel de santé pourra marquer une identité comme *douteuse* si les justificatifs présentés semblent incohérents. Dans d'autres cas de figure, le professionnel sera amené à inscrire par exemple que le nom de naissance est vu comme imprécis car l'outil à sa disposition n'a pas permis d'inscrire la totalité des caractères, ou il existe une divergence entre les pièces.

La saisie des traits suit les procédures internes de la structure de santé. Ces derniers sont mis en conformité avec les préconisations et recommandations disponibles dans cette présente charte régionale. L'objectif est qu'une identité unique qualifiée soit créée pour chaque patient.

Lors des échanges entre structures, les données utilisées pour identifier le patient sont les traits (stricts) définis dans la présente charte (voir section 7.1). Par ailleurs des traits étendus et complémentaires pourront être adjoints pour assurer la fluidité des flux d'échanges (voir définition dans le glossaire).

Des incidents peuvent être détectés lors du processus d'identification tels que l'existence de doublons c'est-à-dire que deux identités Patient ont été créées pour un même patient ou que les identités de deux patients ont été malencontreusement fusionnées en une seule identité. Des procédures spécifiques devront être mises en place au sein de la structure de santé pour corriger ces incidents (voir section 8).

18.2 Exemple 2 : Accueil du patient dans un cabinet médical

Lorsque le patient est accueilli dans le cabinet médical, le médecin va recueillir les données démographiques du patient. Il lui demandera de présenter un document d'identité ainsi que la carte vitale de l'assuré social. Les données sont saisies dans le dossier médical du cabinet.

Cas particulier : *Si le patient est un enfant, lors de la saisie de l'identité de l'enfant, en absence de pièce justificative d'identité, il demandera à la personne accompagnant l'enfant une confirmation des données saisies et s'il lui est possible de lui fournir lors de la prochaine visite une pièce d'identité, un extrait de naissance ou une photocopie **du livret de famille**.*

Si aucune pièce d'identité n'est fournie, il indiquera que le dossier est incomplet. Si des données sont transférées, les messages devront impérativement indiquer que l'identité du patient n'est pas qualifiée, mais provisoire, à charge au destinataire des données de s'assurer de l'identification du patient.

19. CONTRIBUTEURS

QUAL'VA, l'ARS Normandie et les GCS TéléSanté Normandie remercient l'ensemble des participants et contributeurs du groupe de travail régional pour leur aide précieuse et leurs compétences.

ANGOT Olivier	GCS Normand E Santé	Directeur
BOURQUARD Karima	GCS Normand E Santé	Chargée de mission MAO
CHAMBERLAND Gilles	ARS Normandie	Chargé de mission SI / Télémédecine
CORVEE BLONDIN Mélina	CH Flers	Cadre supérieur de santé, Co-responsable Cellule d'Identitovigilance
GUERARD Dominique	Clinique du Développement	Directeur qualité
LAMBERT ROMY Karine	CH Pont l'Evêque	Responsable qualité – Gestion des risques
LEBARILLIER Virginie	CH du Cotentin	Assistante Qualité
LEZIN Bruno	CH Vire	Médecin DIM
MARECHAL Isabelle	CHU Rouen	Référent Identitovigilance
MULLIER Stéphanie	Clinique du Cèdre	Responsable qualité Gestion des risques
PAVARD Marianne	QUAL'VA	Coordinatrice, ingénieur qualité
PRAUD Marilyne	GCS Normand E Santé	Chargée de mission
RICHET Joëlle	CH du Cotentin	Coordinatrice des archives
RICHOMME Xavier	QUAL'VA	Coordonnateur médical
RIVALLANT Catherine	Centre F. Baclesse	Coordinatrice Cellule d'Identitovigilance, Responsable GAP

Ce travail a par ailleurs fait l'objet d'une relecture attentive par les **fédérations hospitalières** en Normandie et **l'Union régionale des médecins libéraux** de Normandie. Un certain nombre de remarques et suggestions ont pu être ajoutées à ce document. Chaque contributeur à ces remarques et suggestion est aussi remercié.

Ce document a été élaboré sur la base de la Charte d'identification des patients en Ile-De-France dont les contributeurs sont aussi remerciés :

ANDRE, Bruno, CH Pontoise, Directeur des SI
 ANDRE, Camille, ARS Ile-de-France, Responsable Sécurité des SI
 AOUAD, Khalil, CH Foch, Directeur des SI
 ASSO-BONNET, Marianne, EFS Ile-de-France, Directrice Adjointe
 AUTRAN, Martine, CH Gonesse, Directeur des SI
 AZOULAY, Jean Claude, CEF Biomnis, Biologiste
 BABINET, Jérôme, EFS Ile-de-France, Identito vigilant régional
 BAREL, Pierre, GCS D SISIF, Chef de projet
 BOBET, Cathie, Institut Mutualiste Montsouris

BOURQUARD, Karima, In system, Consultante
 BOUSSEKEY, Olivier, GH Paris Saint Joseph, Directeur des SI
 BRUEL, Christiane, ARS Ile-de-France, Conseiller médical
 CABAUD, Jean Jacques, INTS, Responsable scientifique et pédagogique
 CARRE, Daniel, CISS et CRSA, Représentant d'usagers
 CASTOT-VILLEPELET, Anne, ARS Ile-de-France, Coordinatrice des vigilances
 CHENET, Véronique, CH Foch, Gestionnaire des risques et de l'Identito vigilance
 CLOUET, Jean-Louis, EFS Ile-de-France, Directeur des SI
 COSTA, Yannick, CH Lagny Marne la Vallée, Biologiste
 COUVREUR, Christophe, GCS D SISIF, Chef de projet
 CUDEK, Paulette, GH Paris Saint Joseph, Biologiste
 CRISTINA, Marie Françoise, CH Simone Veil, Gestionnaire des risques
 DELANNOY THIEFAINE, Delphine, CH Argenteuil, Responsable d'identito-vigilance
 DUPONT, Stéphane, EFS national, Directeur des SI adjoint
 DUTOUQUET, Chantal, CH Simone Veil Cadre de pôle
 DRENO, Jacques, EFS National Directeur des SI
 FAURY, Didier, ARS Ile-de-France, Coordonnateur Régional Hémovigilance
 FOURCADE, Christine, CH Argenteuil, Biologiste, responsable du dépôt de sang
 GRELIER, Séverine CH Saint Maurice Gestionnaire des risques
 GOMBERT, Mathieu, Générale de Santé, Informaticien
 GRAMMATYKA, Sarah DGOS, Chargée de mission
 GUILLEMOT, Catherine, CH Simone Veil, Coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins
 HOPPE, Sandrine CH Simone Veil Référente Identito vigilance
 JACQUOT, Eric, EFS National, MOA SIMT
 LANG, Astrid, APHP, Responsable Sécurité SI Patient
 LEPAGE, Eric APHP, Directeur du Centre de Compétences et Services SI Patient
 LEVY, Samia ARS Ile-de-France, Efficience des Pratiques, des Organisations et de la Dépense
 LIENHART, André, APHP, Président du COVIRIS
 LOUVOIS, Bertrand, CH Simone Veil, Directeur des SI
 MIGOT, Corinne, EFS National, Identito vigilant national
 MERAH, Kader, Laboratoire polyclinique d'Aubervilliers, Biologiste
 MULLER, Jean-Yves, EFS National, Conseiller au service de la présidence
 NIEL, Philippe, CH Sainte Anne, Représentant du GRRIFE, Gestionnaire des risques
 OUBOUZAR, Nadia, ARS Ile-de-France, Coordonateur Régional Hémovigilance
 QUESNOT, Stéphane, Générale de Santé, Directeur de l'information médicale groupe
 QUILLET, Patrick, CH Sud Francilien, Biologiste
 PIGNOLET, Agnès, CH Lagny Marne la Vallée, Directrice des SI
 POUS, M., Générale de Santé, Responsable du dépôt de sang
 VASSE, Marc, CH Foch, Biologiste
 VILLAIN, Jean, CH Argenteuil, Directeur des SI
 WEBER, Philippe, Bio VSM, Biologiste