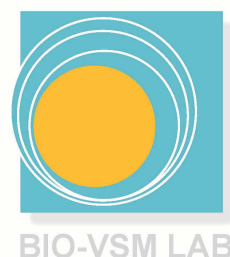




Charte régionale d'identification du Patient

Ile-de-France

Version 1.3



	Auteur	Version	Commentaire
10 juin 2013	Karima Bourquard	V0.1	Création
13 juin 2013	Karima Bourquard	V0.2	Mise à jour et recentrage sur les objectifs suite à la réunion du 12 juin
02 juillet 2013	Karima Bourquard	V0.3	Mise à jour suite à la réunion du 21 juin et des retours d'information
05 juillet 2013	Karima Bourquard Camille André Christophe Couvreur	V0.4	Mise à jour suite aux remarques des pilotes projet
13 juillet 2013	Karima Bourquard Camille André Christophe Couvreur	V0.5	Mise à jour suite aux remarques des pilotes projet (continue)
17 juillet 2013	Karima Bourquard	V0.6	Complément et mise en forme du document
10 septembre 2013	Karima Bourquard	V0.7	Mise à jour du document suite aux remarques reçues
12 septembre	Karima Bourquard	V0.8 à V1.0	Mise à jour du document lors de la réunion du 12/09. Prise en compte des derniers commentaires reçus
09 octobre	Comité de lecture	V1.1	Mise à jour du document suite aux commentaires du comité de lecture
14 octobre	Comité de lecture	V1.2	Mise à jour du document suite aux commentaires du comité de lecture
31 octobre	Comité de lecture	V1.2.1	Modification des titres du comité et de la cellule régionale en « C identification du patient » + modification du trait « commune de naissance »
21 février 14	Comité de lecture	V1.3	Modification du principe de choix pour une date de naissance incertaine Diverses corrections

Sommaire

1	Introduction	6
1.1.	Enjeux de l'identification du patient	6
1.2.	Objectifs de la charte régionale	6
1.3.	Résultats attendus de la charte régionale.....	7
2	A qui s'adresse la charte	7
3	Guide de lecture	8
4	Schéma de l'articulation entre le régional et le local	9
5	Les principes régionaux de l'identification du patient	10
6	Gouvernance de l'identification du patient en Ile-de-France	11
6.1	Au niveau régional.....	11
6.1.1	Principes de gouvernance	11
6.1.2	Le comité régional d'identification du patient	12
6.1.3	La cellule régionale d'identification du patient.....	12
6.2	Au niveau de la structure de santé	13
6.2.1	Principes de gouvernance	13
6.2.2	Comité d'identito-vigilance.....	13
6.2.3	Cellule d'identito-vigilance	14
7	Modèle régional d'identification du patient	15
7.1	Données démographiques du patient.....	15
7.2	Présentation du principe de qualification de l'identité	18
7.3	Présentation du principe des attributs d'identités.....	18
8	Gestion de l'identité du patient	19
9	Manuel de procédures.....	21
10	Sécurité	21
10.1	Traçabilité	21
10.2	Information des patients	21
11	Architecture technique des échanges	22
11.1	Impact de la charte sur les fonctions du système d'information	22
12	Indicateurs Qualité	23

12.1	Les indicateurs de suivi du processus d'identification du patient	23
12.1.1	Indicateurs élémentaires	23
12.2	Indicateurs des anomalies au niveau local	23
12.3	Les indicateurs complémentaires	23
12.4	Les indicateurs organisationnels	24
12.4.1	Maturité du système d'échange et de partage des identités patient entre structures de santé.....	24
12.4.2	Habilitation	24
12.4.3	Taux de formation	24
12.5	Autres indicateurs	24
12.6	Suivi des indicateurs au régional	25
12.7	Suivi des indicateurs en local	25
13	Gestion des incidents et des anomalies	25
14	Cartographie des risques	26
15	Glossaire	26
16	Références	28
17	Annexes.....	29
17.1	Tableau 4 : Pièces justificatives d'identification	29
17.2	Annexe A : description détaillée des traits de l'identité du patient.....	30
17.3	Annexe B : Utilisation des pièces d'identité dans l'identification des patients. Une réponse juridique	33
17.4	Annexe C : Liste des procédures.....	35
17.4.1	Procédures communes à toutes les structures de santé	35
17.4.2	Procédures propres aux établissements de santé	35
17.4.3	Procédures propres à un cabinet médical	35
17.4.4	Procédures propres à un laboratoire de biologie médicale	36
17.5	Annexe D : Traçabilité : Eléments à recueillir	36
17.6	Annexe E : Analyse préliminaire des risques.....	37
18	Exemples.....	38
18.1	Exemple 1 : Admission dans un établissement de santé	38
18.2	Exemple 2 : Accueil du patient dans un cabinet médical	38
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'identito-vigilance. 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. Notre objectif est de limiter les anomalies générées par les procédures d'identification des patients différentes et entre les systèmes d'information des établissements franciliens (Etablissements de santé, Etablissement Français du Sang, Etablissement de transfusion, dépôts de sang, laboratoire de biologie médicale, etc.).

Il existe peu d'évaluations de ces événements indésirables qui peuvent conduire à des incidents graves. La mise sous contrôle de la saisie d'identité via les 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 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

Elle a pour objectif de définir le contenu d'une charte régionale d'identification du patient qui soit la base commune de l'ensemble des structures et organisations de santé, des professionnels de santé et du médico-social de la région Ile-de-France. Elle a pour objectif de décrire les actions à déployer pour s'assurer d'une bonne identification du patient afin d'améliorer la qualité de la prise en charge du patient dans le cadre de la continuité, des parcours de soins et du partage d'information. Elle obéit aussi à une politique d'amélioration continue de la qualité en matière d'identito-vigilance dans une structure de santé et au niveau régional.

La charte régionale d'identification du patient participe localement à la construction d'une identification du patient pour limiter les risques 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 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 décrit le périmètre, les principes de gouvernance, les procédures et les principaux moyens techniques nécessaires pour gérer efficacement l'identification du patient au sein des structures de santé ou médico-social tout en s'appuyant sur le consensus des acteurs au niveau régional.

Cette charte doit être bâtie par **consensus** avec les professionnels de santé de la région Ile-de-France et obtenir l'**adhésion** des professionnels de santé comme des industriels. Elle doit ensuite se **décliner localement** dans chacune des structures de santé.

2 A qui s'adresse la charte

La charte s'adresse à toute structure ou organisation de santé ou médico-social de la région Ile-de-France adhérant à celle-ci, 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'identité et la vigilance du patient qui trouvera 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 sera le terme structures de santé.

3 Guide de lecture

Une charte d'identification du patient est un **document pratique** qui décline une politique d'identification définie au sein d'une structure de santé.

La politique définit les grands principes d'identification 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 du patient. Ainsi elle reprend dans un seul document les instructions nationales et les **éléments communs** des chartes existantes dans les structures de santé franciliennes et les harmonise. Cette charte devient une **charte modèle** diffusant les recommandations régionales.

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 nécessaires au niveau des structures de santé.

De façon commune, ce document décrit le périmètre d'application, la gouvernance à mettre en place, le modèle d'identification 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**.

A partir de cette charte régionale d'identification du patient, la structure de santé peut élaborer sa propre charte en reprenant l'ensemble des principes obligatoires 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.

4 Schéma de l'articulation entre le régional et le local

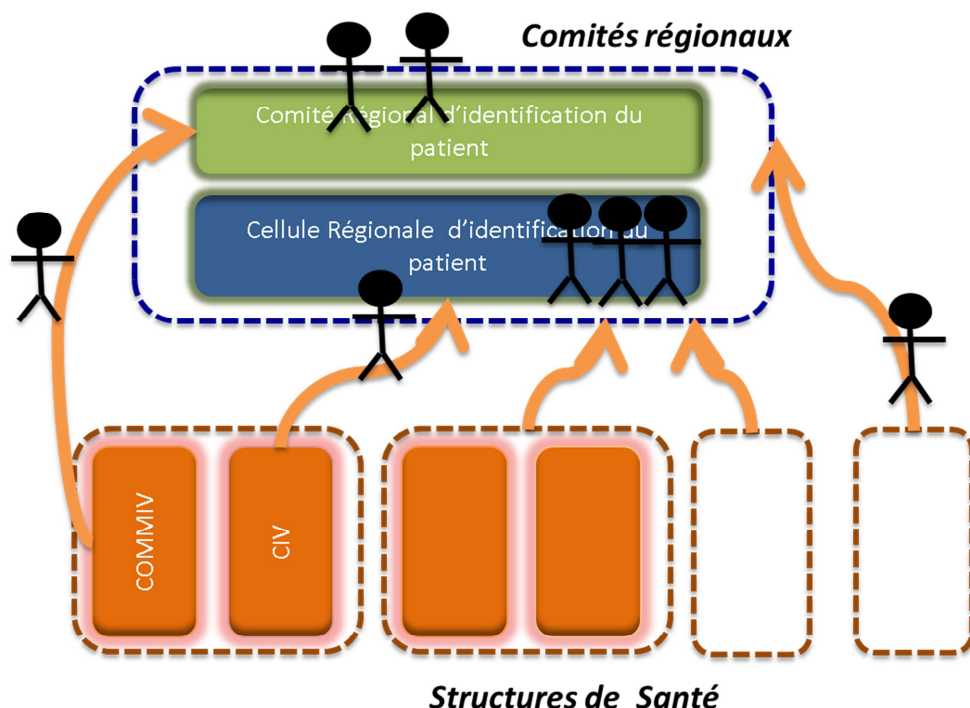


Schéma 1 : Articulation entre les niveaux

Le schéma ci-dessus illustre les liens entre les deux niveaux, le niveau régional et le niveau de la structure de santé. Il est à mettre en regard de la trame de lecture de la charte. Les comités régionaux (comité régional d'identification du patient et cellule régionale d'identification du patient) 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 régionaux de l'identification du patient

La politique d'identification du patient décrit les grands principes d'identification portés par la structure, le groupe 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, ...)

La charte régionale d'identification du patient décrite dans le présent document va rendre ces **principes applicables** dans une structure de santé, un établissement de santé, un laboratoire de biologie médicale ou un cabinet libéral, **préalables indispensables** pour la mise en place des **échanges de données entre structures de santé**.

6 Gouvernance de l'identification du patient en Ile-de-France

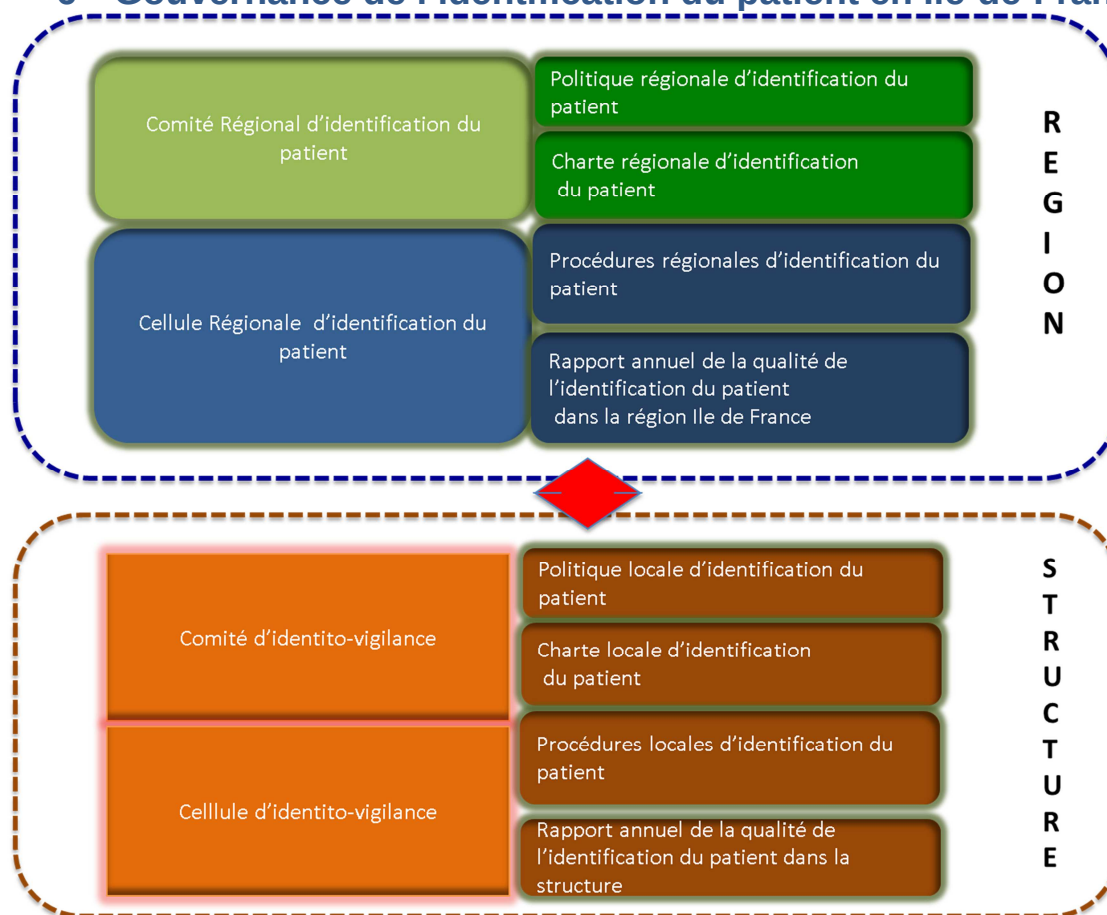


Schéma 2 : Lien de gouvernance entre le niveau régional et le niveau de la structure de santé

6.1 Au niveau régional

6.1.1 Principes de gouvernance

Les instances ont pour rôle de définir, de mettre en œuvre la charte régionale d'identification du patient dans la région Ile-de-France, 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 :

- Le comité régional d'identification du patient
- La cellule régionale d'identification du patient

6.1.2 Le comité régional d'identification du patient

Il 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 ;
- De constituer le comité décisionnel assurant la validation de la charte et de ses futures évolutions ;
- 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.

Ce comité est constitué de représentants des structures de santé de telle sorte que toutes les catégories soient dûment représentées. Une fois la charte validée, il 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 des indicateurs qualité ou tout tableau de bord mis à disposition par la cellule régionale d'identification du patient. Selon les besoins de la région, il identifiera les principes d'évolution de la charte et la fera évoluer en conséquence.

6.1.3 La cellule régionale d'identification du patient

Elle a pour mission

- De préparer les travaux à destination du comité régional d'identification du patient ;
- D'élaborer et maintenir les procédures communes aux structures de santé ;
- De sensibiliser et accompagner les structures de santé à l'adoption des procédures ;
- De définir et d'assurer la consolidation régionale des indicateurs régionaux de la qualité mis en œuvre dans les structures de santé ;
- De suivre les informations et les problèmes qui lui sont signalés concernant l'application de la charte régionale ;
- De préparer le rapport annuel de la qualité de l'identification du patient au niveau régional.

La cellule se réunira périodiquement ou aussi souvent que nécessaire pour permettre d'assurer son activité.

Notons que la consolidation de l'ensemble des bilans des structures de santé dans la région Ile-de-France servira de base au rapport annuel de la cellule d'identification régionale du patient. C'est la cellule régionale qui sera en charge d'harmoniser le contenu de ces bilans.

6.2 Au niveau de la structure de santé

La charte régionale d'identification du patient a vocation à s'appliquer à la structure de santé dans son entièreté. La structure de santé reste 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.

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 un *comité d'identito-vigilance* et une *cellule d'identito-vigilance*.

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.

Dans le cas où la structure de santé est de petite taille, comme un cabinet médical par exemple, il convient que les activités citées ci-dessous soient adaptées aux enjeux propres de la structure de santé.

6.2.2 Comité d'identito-vigilance

Le comité aura pour mission :

- De valider et de décliner au sein de la structure de santé, la charte régionale d'identification du patient;
- 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. Un bilan annuel d'activité sera réalisé et transmis à la cellule régionale de l'identito-vigilance.

6.2.3 Cellule d'identito-vigilance

La cellule a pour mission :

- De procéder à l'analyse et à la déclaration de l'événement indésirable ;
- D'assurer le suivi des indicateurs qualité ;
- D'accompagner et de former le personnel assurant l'identification et la gestion des anomalies ;
- D'accompagner, le cas échéant, les informaticiens ou les prestataires en tant qu'experts métier dans les travaux d'adaptation des processus métiers et SI 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 pouvant être mises en place 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'identito vigilance.

7 Modèle régional d'identification 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

La liste suivante (tableau 1) décrit les traits qui ont été retenus au niveau régional. Cette liste s'appuie notamment sur 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 structures de soins.

Dans l'annexe A, une description détaillée du format 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 4 en annexe, et leur utilisation est décrite en annexe B. 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 « qualifiée ».

La saisie des données démographiques est une opération formelle qui demande beaucoup d'attention. Des procédures descriptives et bien documentées devront être prévues pour aider les personnes en charge de cette tâche. En annexe C, des listes des procédures sont présentées. Elles ne sont pas exhaustives et ne sont pas obligatoires, mais elles correspondent aux bonnes pratiques recensées dans la région. Elles sont proposées par type de structures de santé.

Rappel de définitions :

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).

Type de données	Type de trait	Champ	O / F ⁴	Commentaire
Données démographiques	Traits stricts	Nom de naissance (nom de famille) ou Nom	O	Ce nom est imprescriptible et inaliénable. Le champ doit être libellé par préférence « nom de naissance » ou par exception « nom ». (en cas d'utilisation d'un seul champ de nom, celui-ci désignera exclusivement le nom de naissance) .
		Premier Prénom de naissance	O	Uniquement le premier prénom : obligatoire et exclusif dans ce champ.
		Date de naissance	O	La date de naissance peut cependant ne pas être connue. La procédure de création de l'identité du patient décrit les différents cas de figures et leur gestion.
		Sexe	O	Il s'agit du sexe administratif (M, F, I).
		Commune de naissance (pays de naissance)	O	Nom de la commune (France). Numéro de département (France actuel) Nom du pays de naissance (étrangers)
	Traits étendus (personne)	Nom d'usage (Nom usuel) ⁵ ... Ces champs en détail font l'objet d'une procédure	O	Ces données sont présentes à titre informatif dans les échanges et peuvent servir de critère discriminant en cas d'homonymie. Elles sont généralement obligatoires dans une structure pour des raisons de facilité de communication avec le Patient (appel en salle d'attente, processus de soins, facturation, courrier, renseignement visiteurs...). Il peut exister plusieurs champs distincts (usage, usuel, dit, patronymique, marital, adoption...) qui obéissent au même principe général : ils ne doivent pas être confondus avec le champ « nom de naissance » ou « nom » et doivent être libellés sans ambiguïté pour limiter les risques de confusion.
		Prénoms suivants	F	Distinct du premier prénom de naissance. Cette donnée peut servir de critère discriminant.
		arrondissement de naissance	F	obligatoire si la commune est divisée en arrondissements.

⁴ Obligatoire / Facultatif⁵ Nom d'usage, Nom usuel, Nom marital : ce nom peut être utilisé mais ne remplace en aucun cas le nom de famille ou nom de naissance. Ce nom d'usage peut être perdu en cas de divorce (article 264 du code civil)

		Pays de naissance	O	Le pays est obligatoire pour les personnes nées à l'étranger.
		Adresse géopostale	F	Adresse personnelle (de facturation) déclarée par le patient ou courriel.
		INS-C	F	Identifiant national de santé calculé.
		Moyen d'identification	O	Les pièces servant à l'identification du patient sont listées dans la nomenclature « Moyen d'identification ».
	Traits étendus (structure)	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). Dans tous les cas, le type de FINESS (juridique ou géographique) devra être précisé.
		N° de venue ⁶ (N° de dossier administratif)	F	Élément à ne pas retenir seul pour <u>identifier</u> une personne, (mais utile pour la recherche d'historique dans une structure de santé).
Autres données	Traits complémentaires	Noms des personnes en relation	F	Mère/enfant Fratrie Patient/conjoint Donneur/receveur Ascendants/descendants Personne de confiance/tuteur/...
		NIR de facturation	F	Ces identifiants complémentaires permettent de préciser le contexte de prise en charge. Il convient de toujours rattacher ces identifiants au référentiel ou domaine d'identification. Ces identifiants sont autorisés par la CNIL.
		Autres identifiants	F	
		Photographie	F	Selon les besoins de la structure de santé et avec l'autorisation du patient (par exemple en radiothérapie, en long séjour)
		Identité biologique (à préciser)	F	Une donnée médicale transcodée (haschcode) ayant une valeur biologique discriminante, qui peut aider dans certains cas de figure à assurer une identification univoque notamment dans le cadre des échanges de données médicales ou dans le cadre de fusions de base de données. Une procédure est définie dans ce cas.

Tableau 1 : Traits retenus

⁶ N° de venue : correspond à un passage continu du patient dans l'établissement de santé (y compris HAD). Une venue peut comprendre plusieurs mouvements. (GMSIH, étude processus de facturation-recouvrement, 2009)

7.2 Présentation du principe de qualification de l'identité

Les identités Patient sont qualifiées en tenant 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 (comportant une photo).
- Identité **provisoire** :
 - o identité Patient dont au moins l'un des traits stricts est manquant
 - o tous les traits stricts sont renseignés mais non vérifiés.

7.3 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'identité 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 peut 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 peut 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 procédures

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.

Le cahier des procédures est mis à jour périodiquement par la cellule d'identito-vigilance, notamment lors de la prise en compte de la charte régionale d'identification du patient. Avant toute modification des procédures, une étude d'impact est à réaliser. La sensibilisation ou la formation des acteurs concernés est indispensable pour une bonne prise en compte des modifications des procédures.

La liste des procédures proposées par le groupe de travail est présentée en annexe C.

10 Sécurité

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 faut également intégrer les problématiques du RGS - référentiel général de sécurité, qui impose lors d'une transmission électronique entre le patient et la structure, ou entre structures, la retranscription d'un compte rendu des informations télétransmises (principe de l'accusé réception des informations et mise en œuvre d'une analyse des risques du processus).

10.1 Traçabilité

Toutes les actions réalisées sur les identités patients sont systématiquement journalisées et tracées. On trouvera en annexe D 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.

Un référentiel juridique à destination des patients et des structures est à développer pour la région Ile-de-France.

11 Architecture technique des échanges

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.

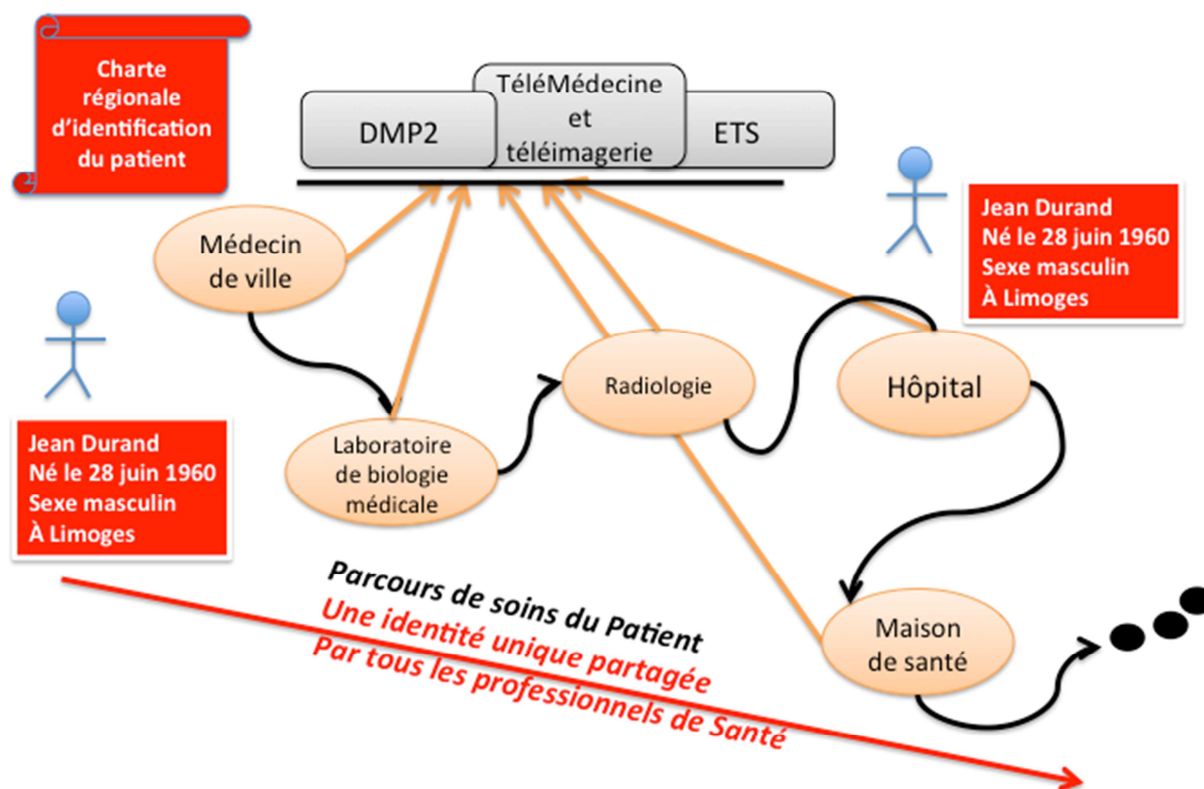


Schéma 3 : Parcours du patient et identité partagée

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'action à mettre en œuvre, ainsi que le planning et le budget à prévoir.

12 Indicateurs Qualité

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.

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 de dossiers actifs*, à l'exclusion des dossiers archivés⁷, ...
- *Nombre de dossier « archivés »*
- *Nombre total d'identité 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 d'identité patient « Confirmée »*
- *Nombre total d'identité patient « Provisoire »*
- *Nombre total d'identité patient « Imprécise »*
- *Nombre total d'identité patient « Douteuse »*

12.2 Indicateurs des anomalies au niveau local

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

12.3 Les indicateurs complémentaires

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

⁷ Dossier archivé : dossier d'un ancien système ou sorti du système en production, car ancien, obsolète, sans événement depuis plus de cinq ans ...

12.4 Les indicateurs organisationnels

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

La maturité est évaluée selon les critères suivants :

0	La structure de santé n'est pas en capacité d'organiser un échange de données de santé.
1	Initialisation d'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	Echange reproductible des identités Patient à l'aide d'un nombre limité de systèmes. Les identités Patient sont intégrées dans les solutions 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.
5	Les identités et les identifiants sont fédérés et automatiquement contrôlés par des outils favorisant l'amélioration des processus métier et assurant la détection automatique des cas d'exceptions au contrôle.

12.4.2 Habilitation

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

12.4.3 Taux de formation

- Nombre d'heures de formation à l'identification dans l'établissement avec le nombre d'agents formés par mois :
 - Formation initiale
 - Formation continue

12.5 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).

12.6 Suivi des indicateurs au régional

La cellule régionale d'identification est en charge de la consolidation des indicateurs de la qualité et organisationnels transmis par les cellules d'identito-vigilance locales. Mensuellement, elle fournira un tableau récapitulatif des résultats au comité régional d'identification pour information. Ces indicateurs pourront servir de base à une communication régionale.

12.7 Suivi des indicateurs en local

La cellule d'identito-vigilance est en charge de la production des indicateurs qualité et organisationnel, elle assurera le suivi des anomalies d'identités en mettant en place des actions correctives si nécessaire. Mensuellement, elle fournira un tableau récapitulatif des résultats au comité d'identito-vigilance pour information. 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...). Se reporter à l'annexe C (liste des procédures).

La cellule locale d'identito-vigilance doit réaliser une analyse de chaque anomalie, incident ou problème et le résoudre.

Echelle de gravité :

Grade 0	anomalie sur l'identité du patient détectée par le SI
Grade 1	anomalie sur l'identité du patient détectée par le personnel non soignant
Grade 2	erreur sur le patient détectée par le professionnel de santé
Grade 3	erreur sur l'identité du patient non détectée sans conséquence pour le patient
Grade 4	erreur sur l'identité du patient non détectée avec conséquence pour le patient

Cette échelle et notamment le vocabulaire, est à adapter en fonction du type de structure de santé.

Une procédure d'escalade sera définie (voir annexe C).

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'identito-vigilance, communique mensuellement à la cellule régionale d'identification les indicateurs sur le type d'anomalie et leur gravité.

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

L'analyse préliminaire des risques (APR) est une méthode d'analyse systémique des risques tout au long des étapes d'un processus. La structure mettra en place une APR lorsqu'elle décrira son processus d'identification et élaborera ses procédures. Les risques sont hiérarchisés selon leur criticité (fréquence, gravité, détectabilité).

Elle peut s'appuyer notamment sur les travaux proposés par le groupe de travail régional (se reporter à l'annexe E).

15 Glossaire

Référence documentaire :

- Guide de sensibilisation sur l'identification du patient dans le processus de soins de l'AFNOR
- Identification du patient, Etude GMSIH, 2002

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 censés 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. 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, 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. Il peut être le nom de l'époux pour les femmes mariées comme pour les hommes, ou un pseudonyme sous lequel la personne souhaite se faire appeler. Exemples : Alias : Carte d'Identité : « dit » ... _ **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, à ne pas confondre 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 Références

- 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.has-sante.fr/portail/jcms/r_1439924/fr/manuel-de-certification-des-etablissements-de-sante-v2010-revise-avril-2011
- 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>

17 Annexes

17.1 Tableau 4 : 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 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 **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 reste **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 A : 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 trait	Champ	O / F	Commentaire
Données démographiques	Traits stricts	Nom de naissance (nom de famille)	O	Voir les règles de saisie ci-dessous
		Premier prénom de naissance	O	Voir les règles de saisie ci-dessous
		Date de naissance	O	Format ddmmaaaa (hh:mm) Pour les enfants et les nouveaux nés, si le jour de la naissance est inconnu, on enregistre par défaut « 01 », soit le premier jour du mois. Si le mois n'est pas connu, on enregistre par défaut le mois de janvier (« 01 »). Pour les adolescents et les adultes, si le jour et le mois ne sont pas connus, on enregistre par défaut la date du 31 décembre de l'année de naissance. Si l'année n'est pas connue précisément, on enregistre par défaut la décennie. Il en résulte que pour une date de naissance inconnue, on enregistre 31/12 et une décennie compatible, par exemple, 31/12/1970 (instruction générale relative à l'état civil du 2 novembre 2004).
		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 (idf)
	Traits étendus (personne)	Nom d'usage (= nom usuel)	O	Voir les règles de saisie ci-dessous Attention champ distinct du champ nom de naissance
		Prénoms suivants		Voir les règles de saisie ci-dessous
		Nom de la Commune de naissance	F	AFNOR XPZ 10-011 RGI : Localité (identifiant UN00000013) INSEE code officiel géographique actuel
		Pays de naissance	O	Pays : ISO 3166-1 (CI-SIS)

		Adresse géopostale	F	Format géopostal AFNOR XPZ 10-011 RGI : Lieu-dit (identifiant UN000000031) RGI : Localité (identifiant UN000000013) RGI : Code postal (identifiant UN000000014) Pays : ISO 3166-1 (CI-SIS)
		INS-C	F	Voir les procédures de calcul
		Moyen d'identification	O	nomenclature « Moyen d'identification »
	Traits étendus (structure)	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)
		N° de venue (NDA N° dossier Administratif)	F	Identifiant dans le domaine d'identification (FINESS juridique, ADELI)
Autres données	Traits complémentaires	Noms des personnes en relation	F	Mère/enfant Fratie Patient/conjoint Donneur/receveur Ascendants/descendants Personne de confiance / tuteur ...
		NIR de facturation	F	Ces identifiants suivent les règles du domaine d'identification auquel ils sont rattachés
		Autres identifiants	F	
		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 :
 - o les 26 lettres de l'alphabet,
 - o et les chiffres de 0 à 9 pour les dossiers anonymes.
- Les caractères proscrits sont :
 - o les caractères diacritiques (lettres avec accents, trémas, cédilles...),
 - o les apostrophes,
 - o les tirets ainsi que les double-tirets pouvant apparaître sur les documents d'identité,
 - o les astérisques,
 - o 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 B : 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 contrôle de l'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.

17.4 Annexe C : Liste des procédures

17.4.1 Procédures communes à toutes les structures de santé

- Procédure de recherche d'antériorité (interne ou externe à la structure de santé)
- Procédure de création d'une identité Patient (identification validée, incomplète, douteuse)
- Saisie partielle d'un dossier
- Procédure pièces justificatives
- Procédure de saisie de l'identité Patient
- Procédure de modification d'une identité Patient
- Procédure de gestion des doublons (principes et règles de gestion)
- Procédure de gestion des collisions (principes et règles de gestion)
- Nouveau-nés et fœtus et liens mère-enfant
- Identités particulières (patient confidentiel (VIP), sous X, catastrophe, plan blanc)
- Gestion des liens avec d'autres dossiers patients (lien mère-enfant, lien donneur/receveur, lien patient/conjoint, lien fratrie, lien homonyme vrai)
- Recueil des alertes d'identification avec les autres structures (doublons – homonymes - invalidations - écarts) (communication ciblée)
- Procédure d'harmonisation de la saisie des traits (ergonomie – logique de saisie)
- Procédure d'identification vis-à-vis d'une structure nationale (principes et règles)
- Procédures liées à l'échange de données entre structures de santé (interopérabilité, formats d'échanges)

17.4.2 Procédures propres aux établissements de santé

- Procédure d'alerte ou de signalement d'incidents aux cellules IDV (locale et régionale) et de qualité
- Procédures liées au traitement des transferts de patient
- Procédure d'identification du patient dans le cas d'une personne inconsciente admise en urgences
- Procédures de l'anonymat
- Procédures de gestion de l'identité pour un patient désirant un séjour confidentiel
- Procédures dégradées
- Procédure d'harmonisation de la saisie des traits dans tous les systèmes
- Procédure de détection de doublon
- Principes des profils d'accès logiques aux fonctions de création et de modification des identités (admission, urgence, laboratoire de biologie médicale, équipements lourds, ...)
- Détection des atypies du risque d'usurpation d'identité (exemple : nombreux accouchements entre plusieurs établissements sur la même année...)
- Procédure descriptive des traits étendus et complémentaires et leur codage informatique

17.4.3 Procédures propres à un cabinet médical

- Procédures de création de l'identité du patient
- Procédures dégradées

17.4.4 Procédures propres à un laboratoire de biologie médicale

- Procédures de création de l'identité du patient
- Procédure de comparaison biologique d'antériorité
- Procédures dégradées

17.5 Annexe D : Traçabilité : Eléments 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

17.6 Annexe E : Analyse préliminaire des risques

Ce tableau sera complété ultérieurement

Tâches	Evènements redoutés	Préventif Moyen de maîtrise	Palliatif Correction
Ouverture du dossier patient	création de dossier en doublon	Recherche d'antériorité	Procédure de fusion
Ouverture du dossier patient	usurpation d'identité	Demande systématique des PJ	
Ouverture du dossier patient	dossier incomplet	Qualification de l'identité "incomplète" ou en attente d'identification	Suivi des dossiers incomplete
Ouverture du dossier patient	Absence ou faux document	demande complémentaire des documents à la famille Recherche d'antériorité sur éléments stricts - étendus	Identité incomplète ou douteuse
Ouverture du dossier patient	création d'une collision	interrogation patient sur les traits complémentaires	procédure d'éclatement
Ouverture du dossier patient	perte d'informations ou d'antécédents	recherche d'antériorité sur approchants	
Impression des étiquettes	identité partielle (nom marital, nom d'usage, nom trc validation qualité des étiquettes)		Suivi manuel
Impression des étiquettes	Inversion mélange d'étiquettes	Code barre + traits stricts	Destruction des anciennes étiquettes erronées
rattachement à un dossier existant	Confusion de patient	processus de confirmation de l'identité par le patient	
Création de l'identité par téléphone	Erreur de transcription	dossier distinct du dossier patient	reprise des données à l'admission
Création de l'identité par téléphone	création de dossier en doublon	préinscription ou interdiction de création d'un dossier patient à distance	reprise des données à l'admission
Création de l'identité par internet	prise de rdv pour autrui	préinscription ou interdiction de création d'un dossier patient à distance	reprise des données à l'admission
Création de l'identité par internet	création de dossier en doublon	préinscription ou interdiction de création d'un dossier patient à distance	reprise des données à l'admission
Admission du patient	admission parallèle non maîtrisée	processus admission unique ou création des dossiers en attente de supervision...	
Contrôle de l'identité	attribution du dossier médical erronée	recherche sur identité qualifiée - gestion préalable des doublons	
Contrôle de l'identité	dossier Patient en doublon ou approchant	recherche sur identité qualifiée - gestion préalable des doublons	
Contrôle de l'identité	Confusion de patient	vérification par le soignant de l'identité par questionnement	
	admission parallèle non maîtrisée	préinscription ou interdiction de création d'un dossier patient à distance	
Accueil	création de dossier en doublon		
Accueil	collision de dossier	vérification par le soignant de l'identité par questionnement	
	admission parallèle non maîtrisée	photographie patient au dossier	
	Confusion de patient	carte d'identification du patient	
processus de soins	Confusion de patient	vérification par le soignant de l'identité par questionnement	
processus de soins	Confusion de dossier	photographie patient au dossier	
processus de soins	Confusion de dossier	carte d'identification du patient	
Validation de la prescription	Confusion de patient	consultation du plan de soin	alerte EI
Validation de la prescription	validation sur identité approchante ou doublon	recherche sur identité qualifiée - gestion préalable des doublons	fusion de dossier
modification de l'identité	modification non maîtrisée	limitation des droits et habilitations à la modification de l'identité	l'exhaustivité des modifications d'identité et de leurs traçabilité
instruction dossier indénité	usurpation - contrôle de cohérence des données de l	demande une pièce justificative d'identité	information patient - rappel des obligations de sécurité
instruction dossier NIR	usurpation - identification impossible - erreur NIR	demande la carte vitale ou l'attestation de droits	après identification, consultation site SECU ou historique patient
instruction dossier mutuelle	usurpation - identification impossible - erreur N°muti	demande une carte mutuelle valide	refus tiers payant
instruction dossier prescription	admission non justifiée - acte médical non réalisé nor	insérer la prescription médicale dans le dossier	orientation en consultation
instruction dossier photographie patient	usurpation - confusion de patient lors des soins	prendre une photographie récente du patient	
instruction consentement	absence de consentement	explications présentation des objectifs de sécurité du patient	anonymisation - refus de prise en charge SECU
instruction identification	refus d'identification par le patient	explications présentation des objectifs de sécurité du patient	refus de prise en charge sécu - anonymisation
instruction dossier inconnu	identification impossible	dossier incertain - douteux	refus de prise en charge sécu - signalement
contrôle des pièces élémentaires	incomplétude - erreur	activité de supervision ou de contrôle des dossiers d'admission	contrôles informatiques
validation des données saisies	erreur - omission	présenter une carte d'identification du patient à celui-ci pour validation	présentation à un tiers autorisé
création dossier urgence	identification rapide non maîtrisée non reprise par les admissions	information de l'identité incertaine - processus d'admission repris post urgence	d'identification accessible en urgence (NIR, nom...)
création dossier urgence	non detection du dossier historique	carte d'identification du patient	
SIH - SI Facturation	Ecart entre identité patient et identité assuré	disposer de champs complémentaires permettant de lier l'identité patient avec l'identité assuré social	
SIH - SIS	Perte de lien entre identité et IPP	modifications d'identité à posteriori et leur transmission aux aux SI concernés par l'anomalie	
SIH - SIS	Divergence d'identité entre les SIS	Mettre en place des outils de détection des anomalies et des incidents - Mettre en place des procédures dégradées permettant à posteriori de générer la bonne identité au bon patient ou le rattachement au bon dossier	Disposer d'un annuaire maître qui sera la référence d'identité patient
SIH	Identification impossible	Mettre en place des procédures de fusion permettant de limiter les risques de fusion mal maîtrisées	
SIH	Fusion de dossier impossible	modifier le comportement du PS lors de l'attribution de la nouvelle prescription	et identifier la procédure strictement suivante
SIS	Prescription au mauvais patient	suivante	comme à risque d'erreur d'identification

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

L'ARS et le GCS D-SISIF remercient l'ensemble des participants et contributeurs du groupe de travail pour leur aide précieuse et leurs compétences.

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 des assurés
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	Coordonateur Régional Hémovigilance
FOURCADE, Christine	CH Argenteuil	Biologiste, responsable du dépôt de sang

Charte régionale d'identification du patient - ARSIF

GRELIER, Séverine	CH Saint Maurice	Gestionnaire des risques
GOMBERT, Mathieu	Générale de Santé	
GRAMMATYKA, Sarah	DGOS	Chargée de mission
GUILLEMOT, Catherine	CH Simone Veil	Médecin Coordonateur 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	Efficienc e 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 du 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

