

Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge

Septembre 2014

Avertissement



Caractérisation générale



Planifier

Définition de la politique



Organisation interne



Mettre en œuvre

Mobilisation des équipes



Disponibilité des ressources



Effectivité de la mise en oeuvre



Évaluer

Évaluation du fonctionnement du processus



Agir

Mise en place des actions d'amélioration



Pour en savoir plus





Les présents guides sont des outils de visite à destination des experts-visiteurs de la HAS visant à leur apporter une connaissance de la thématique à partir de laquelle ils pourront conduire leur investigation.

- Ils permettent une remise en perspective des attentes du Manuel de certification selon l'approche processus et donnent des éléments de compréhension pour maîtriser la qualité et la sécurité liées à la thématique.
- Ils précisent notamment des points d'observation permettant d'affiner le regard sur la mise en œuvre réelle au regard des organisations et dispositions prévues par l'établissement.

Ces guides présentent parfois des modalités de mise en œuvre qui vont au-delà des exigences de la certification. Elles visent à indiquer comment optimiser la maîtrise du processus. À ce titre, les établissements sont libres de les appliquer. Ils peuvent avoir développé d'autres réponses pour atteindre l'objectif ; il leur appartient d'en faire état et de démontrer que les dispositions prises sont satisfaisantes pour maîtriser et/ou améliorer la qualité et la sécurité des soins.

Les experts-visiteurs fondent leur investigation sur ces guides sans pour autant investiguer chacune des lignes de façon exhaustive ou littérale. Ils tiennent compte des situations spécifiques rencontrées pendant leur visite pour prioriser leurs investigations sur les points essentiels.

Ces guides seront évolutifs et prendront en compte notamment les retours d'expérience.

Éléments d'appréciation **surlignés en vert** : exigence directement rattachée à la thématique traitée

Éléments d'appréciation **surlignés en jaune** : exigence mettant en avant des liens avec les autres guides thématiques

Les encadrés ne préjugent pas du caractère obligatoire mais sont illustratifs.

Caractérisation générale



L'investigation de la thématique « **Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge** » vise à évaluer que l'établissement a mis en place un système permettant une identification fiable et unique du patient à toutes les étapes de sa prise en charge et à chaque venue. Il s'agit d'un enjeu majeur pour la continuité et la sécurité des soins compte tenu du risque d'erreurs potentiellement graves liées à une mauvaise identification (erreur de site opératoire, erreur de traitement, erreur transfusionnelle, erreurs de résultats de laboratoire, etc.).

Un système de surveillance, de correction et de prévention des erreurs permet de maîtriser ce risque. Ce thème est par ailleurs spécifiquement traité dans la thématique relative à l'organisation du bloc opératoire.





Identification des besoins, analyse des risques



Identification des objectifs d'amélioration



Identification des mesures de traitement des risques

Identification des besoins, analyse des risques



L'établissement a réalisé un recensement des lieux où s'effectue l'identification des patients, ainsi que les acteurs impliqués dans l'identification.

Il a identifié ses besoins et analysé ses risques **avec les professionnels concernés**.

Les sources de données utilisées par l'établissement pour réaliser l'analyse des risques sont par exemple :

- les évaluations telles que :
 - le taux de disponibilité, les temps de réponse moyens, les dysfonctionnements du système d'information,
 - les audits,
 - les bilans issus de la mise en œuvre de la méthode du patient traceur, chemin clinique/analyse de processus, RCP, RMM) ;
 - etc.
- les résultats d'analyse des indicateurs : indicateurs IPAQSS transversaux, et de spécialité, indicateurs de pratique clinique choisis par l'établissement, et indicateurs hôpital numérique, taux de doublons et collisions, d'anomalies de saisie de l'identité, taux de non-conformité des bons d'examen de laboratoire liés à des erreurs d'identité ;
- les événements indésirables liés au processus : plaintes et réclamations des patients, bilan de la CRUQPC ;
- etc.



L'analyse des risques/l'identification des besoins est réalisée au regard :

- de chaque étape de la prise en charge du patient ;
- des risques spécifiques liés la situation (identification provisoire, enregistrement au secret, accouchement sous X, etc.) ;
- de la population de patients concernée ;
- des outils techniques utilisés.

Les risques sont hiérarchisés selon une méthode définie (8d E1- EA2).

Identification des objectifs d'amélioration



Politique et objectifs

Il existe une politique d'identification du patient et de rapprochement d'identités intégrée aux orientations stratégiques de l'établissement (15a E1- EA1).

- Elle est définie en lien avec l'analyse des besoins et la hiérarchisation des risques.
- Elle prend en compte l'identifiant national de santé (INS) mis en place suite aux travaux menés par le GMSIH¹ et dont la gestion et le déploiement sont pilotés par l'ASIP Santé.
- Elle est définie en lien avec les acteurs concernés, notamment la cellule d'identité vigilance (ou équivalent).
- Elle est validée par les différentes instances (dont la CRUQPC) et révisée au moins annuellement.
- Elle fixe des objectifs en matière d'identification précis et mesurables, propres aux secteurs administratifs et aux secteurs cliniques (1e E2- EA2).

La politique d'identification du patient est formalisée dans une charte d'identification de l'établissement qui définit notamment² :

- le périmètre de la politique : population de patients concernée, type de prise en charge concerné, périmètre technique... ;
- les principes et les processus d'identification à respecter : procédures de création, de fusion... ;
- les protocoles de gestion des situations particulières (identification provisoire, enregistrement au secret, accouchement sous X...) ;
- les modes opératoires selon les logiciels utilisés ;
- les acteurs concernés et les instances en charge de garantir l'identification du patient ;
- l'organisation mise en œuvre et la répartition des responsabilités (exemple : fiches de poste des membres de la cellule type « identitévigilance ») ;
- les outils de suivi : services disponibles, formats utilisés, concepts utilisés ;
- les déclarations CNIL.

Une charte de rapprochement d'identités permet d'assurer la cohérence des identités partagées au sein de l'établissement ou d'organisations de santé souhaitant communiquer et définit notamment³ :

- les règles de gestion des rapprochements ;
- les relations entre domaines et le partage des responsabilités ;
- le format de l'identifiant et des traits utilisés ;
- les services disponibles ;
- les droits d'accès à la structure de rapprochement (habilitations) ;
- le mode d'authentification des accès (cartes ou autres) ;
- les normes et standards utilisés ;
- les principes de sécurisation des données⁴.

1. Guide pour l'élaboration des politiques d'identification et de rapprochement, avril 2002.

2. Programme hôpital numérique, DGOS, octobre 2012.

3. Programme hôpital numérique, DGOS, octobre 2012.

4. GMSIH ; Guide méthodologique à l'usage des établissements : réalisation d'un état des lieux de l'identification du patient, octobre 2007.



Communication

- La politique est diffusée à l'échelle de l'établissement.
- Il existe une stratégie de communication régulière et positive des résultats des indicateurs et des tableaux de bord aux professionnels et aux usagers (2e E1- EA2), ainsi que des succès obtenus.

Identification des mesures de traitement des risques



La mise en œuvre de cette politique « d'identification » est déclinée en un programme d'amélioration.

Les actions sont issues d'initiatives institutionnelles déclinées pour celles qui le nécessitent en actions spécifiques au niveau des secteurs d'activité (8a E1- EA1).

Ce programme (8a E1- EA1) précise, pour chaque action, les modalités de suivi (8a E3- EA1) :

- responsabilités pour chacune des actions ;
- planification des actions dans des délais fixés ;
- suivi des actions, clôture et communication des résultats.

L'établissement met en place un système de priorisation des actions, notamment pour celles issues de la conformité à la réglementation (8c E1- EA2).

Le programme est présenté annuellement aux instances de l'établissement (8a E1- EA4), dont la CRUQPC. Il est articulé au programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS) de l'établissement (8a E1- EA2).





Pilotage

Rôles et responsabilités

Ressources

Interfaces

Pilotage



Une cellule d'identité vigilance est mise en place pour piloter et mettre en œuvre la politique d'identification de l'établissement.

Ses missions, sa composition et son mode de fonctionnement sont définis et elle est notamment en charge de la surveillance et de la prévention des erreurs et des risques liés à l'identification des patients.

Elle se réunit *a minima* 2 fois par an et formalise les échanges dans des comptes rendus.

Missions de la cellule d'identité vigilance définies dans le programme hôpital numérique, DGOS, octobre 2012 :

- mettre en œuvre la politique d'identification de l'établissement de santé ;
- accompagner au quotidien, ou de manière régulière, le bureau des entrées et tous les autres services en charge de l'identification pour le traitement et le suivi des anomalies (doublons, collisions, etc.) ;
- gérer les problèmes liés aux actions d'identification du patient ;
- transmettre les informations nécessaires aux autres domaines d'identification pour réaliser des rapprochements d'identités ;
- alerter l'autorité de gestion de l'identification des éventuels dysfonctionnements dans la mise en œuvre de la politique d'identification ;
- produire, suivre et transmettre à l'Autorité de gestion de l'identification les indicateurs qualité ;
- élaborer les règles de gestion concernant les services de l'établissement ;
- conduire des actions de formation, d'assistance et de sensibilisation aux politiques d'identification et de rapprochement auprès de l'ensemble des acteurs de l'établissement ;
- rédiger des manuels de procédure ;
- valider ou modifier les actions de rapprochement (mise à jour, fusions, modifications, éclatement) de l'identité, et en informer l'autorité de gestion des rapprochements qui les répercute dans l'infrastructure centrale et les diffuse à l'ensemble des domaines concernés.





Les rôles et responsabilités (ou les missions) des professionnels concernés ou impliqués dans les différentes étapes de l'identification du patient sont définis.

Exemples :

- directeur d'établissement de santé, membres de la CME ;
- coordonnateur général de la CSIRMT ou directeur des soins ;
- autres responsables (selon la taille de l'établissement) ;
- responsable DIM ;
- responsable du système d'information ;
- coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins ;
- membres du comité de coordination des vigilances ;
- responsable du bureau des entrées ;
- responsable qualité ;
- professionnels de santé et administratifs ;
- etc.

**Ressources humaines**

Les ressources nécessaires (effectifs et compétences telle la personne au sein de la cellule d'identito-vigilance ayant l'habilitation pour consulter les informations complémentaires du patient de nature médicale) sont identifiées en fonction des besoins, des risques et de la réglementation (3a E1- EA1).

- Les besoins en formation initiale et continue (15a E2- EA1) sont identifiés.
- Les actions de formation sont intégrées dans le plan de formation global de l'établissement.

Exemples de formation :

- formation à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient (15a E2- EA1) ;
- formation/adaptation à l'utilisation du SI et applications « métier » ;
- etc.

- Des modalités de recrutement et d'adaptation/intégration des nouveaux arrivants/des intérimaires sont définies (3b E1- EA1).

Ressources documentaires**Procédures**

Les besoins en procédures sont identifiés (5c E1- EA1).

Elles sont formalisées, adaptées à la taille de l'établissement et intégrées au dispositif de gestion documentaire (5c E1- EA1). Elles peuvent être élaborées dans un même document (guide ou classeur) sous forme de fiches réflexes, disponibles dans les secteurs concernés.



Elles sont rédigées par la cellule d'identito vigilance, en associant les professionnels concernés, accompagnée par le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins et le comité de coordination des vigilances de l'établissement. Les documents sont mis à leur disposition.

Exemples de procédure :

- création, utilisation, recherche d'identité ; remontée des anomalies ; corrections, contrôles sur l'identité ; gestion des identités particulières ;
- gestion des interfaces ;
- gestion en mode dégradé ; conduite à tenir face à la suspicion d'usurpation ou de substitution d'identité ;
- vérification d'identité à toutes les étapes de la prise en charge du patient ;
- modalité d'utilisation du bracelet d'identification en fonction des populations concernées (néonats, bloc, personnes âgées, personnes décédées...) ;
- procédure d'utilisation de la *check-list* au bloc opératoire ;
- etc.

Documents d'information pour les professionnels

Des actions d'information et de communication générale sont organisées afin que l'ensemble des acteurs soit sensibilisé aux enjeux de l'identification (plaquettes, consignes, affiches...).

Documents d'information des patients

Les besoins en supports d'information des patients (plaquettes, affiches, dépliants, brochures, matériel audio et vidéo) sont identifiés et les documents sont élaborés, avec en particulier une incitation forte à présenter une carte d'identité valide lors de toute admission.

Ressources en matériel

- Les besoins en système d'information sont identifiés.
- Les besoins en moyens d'identification sont identifiés, y compris pour les non-communicants.

Interfaces



L'établissement assure la mobilisation et la coordination de toutes les compétences utiles pour assurer la qualité et la sécurité de l'identification du patient tout au long de sa prise en charge.

Exemples :

- interfaces entre la cellule d'identito vigilance, le bureau des entrées et tous les autres services en charge de l'identification ;
- interface entre la cellule d'identito vigilance, le gestionnaire des risques et le comité de coordination des vigilances ;
- interfaces avec l'autorité de gestion de l'identification ;
- etc.





Le management des secteurs d'activité (médical, soignant et médico-technique) en relais à la cellule d'identité vigilance s'est saisi des enjeux liés à l'identification du patient en lien avec les orientations de l'établissement.

- Il communique auprès de son équipe sur la politique d'identification de l'établissement, sa mise en œuvre (plan d'action associé) et son évolution.
- Il impulse une démarche d'amélioration au sein de son secteur, en lien avec les orientations de l'établissement :
 - chaque secteur a identifié ses propres besoins et ses risques spécifiques ;
 - il a identifié ses plans d'action et objectifs opérationnels et les met en œuvre (8a E2- EA1) ;
 - ses objectifs sont en lien avec ses moyens.
- Il s'assure de la conformité des pratiques aux dispositions prévues (respect des procédures, protocoles, consignes...).

Les équipes s'impliquent dans les actions d'amélioration définie au sein de leur secteur :

- elles connaissent les objectifs en matière d'amélioration de l'identification du patient définis au sein de leur secteur et les mesures à mettre en place pour les atteindre.
- elles ont accès aux résultats :
 - des indicateurs de leur secteur d'activité et à ceux de l'établissement (2e E2- EA2) ;
 - des évaluations sur la thématique concernée.
- des temps collectifs sont prévus pour échanger sur les résultats.

Exemples de participation des professionnels :

- à l'élaboration des protocoles ;
- au recensement des points critiques dans leur service (prélèvements et étiquetage, administration de médicaments, transfusions, actes interventionnels ...) ;
- aux démarches d'amélioration pour sécuriser l'identification du patient ;
- à la déclaration, à l'analyse des erreurs d'identité, d'EI, d'EIG ;
- aux audits/évaluations internes et externes ;
- etc.





Disponibilité des compétences



Disponibilité des documents



Disponibilité des ressources matérielles

Disponibilité des compétences



Les compétences et effectifs des professionnels sont disponibles.

Les professionnels en poste sont formés (15a E2- EA1, 3a E2- EA3).

Disponibilité des documents



Dans les services concernés, les procédures et autres documents utiles sont disponibles, accessibles et à jour (15a E1- EA1, 5c E2- EA1, 5c E2- EA2, 5c E2- EA3).

Des documents d'information sont mis à disposition des patients. Un affichage sur la nécessité de présenter sa carte d'identité est présente dans les postes d'admission.

Disponibilité des ressources matérielles



Le système de gestion des identités permet une vérification efficace des identités.

Exemples :

- détection automatique périodique de doublons ;
- fusion des doublons ;
- traçabilité des actions de fusion ;
- éclatement ;
- gestion des homonymes ;
- synchronisation des différentes bases du système ;
- etc.





La mise en œuvre des procédures de sécurisation de l'identification des patients est effective au regard des organisations prévues et notamment :

- la vérification effective de la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription avant tout acte diagnostique ou thérapeutique par les professionnels de santé (15a E2- EA3) et pour tous les types de prise en charge (consultations externes, hospitalisations...) ;
- la mise en œuvre effective des procédures de vérification de l'identité du patient par le personnel de l'accueil administratif aux heures ouvrables (bureau des admissions, consultations) et de nuit (urgences, maternité) (15a E2- EA2) ;
- etc.





À l'échelle de l'établissement, la cellule d'identité vigilance assure le suivi de la qualité et l'efficacité du processus d'identification du patient (15a E3- EA1).

Cette évaluation globale est réalisée :

- sur la base du recueil et de l'analyse de l'ensemble des données et évaluations issues des secteurs d'activité ;
- et/ou sur la base d'évaluations réalisées à l'échelle de l'établissement.

Exemples de données :

- rapports d'audit ;
- registre de recueil des signalements d'erreurs d'identification de patients (avec ou sans événement indésirable) dans les secteurs d'activité, taux de doublons et collisions, taux de non-conformité des bons d'examen de laboratoire liés à des erreurs d'identité ;
- documents d'analyse des erreurs et écarts, supports des retours d'expérience ;
- plan d'actions d'amélioration et suivi ;
- etc.

Le dispositif d'évaluation est structuré :

- objectifs de l'évaluation ;
- personne chargée de coordonner et/ou de réaliser l'évaluation ;
- périodicité des évaluations (proportionnelle au volume d'admissions et de soins externes) ;
- outil(s) d'évaluation.

Tableau de bord des indicateurs

Le suivi régulier de la progression des indicateurs permet à l'établissement de mesurer l'efficacité du processus au regard des objectifs initiaux.

Le contenu du tableau de bord comprend, quand ils sont disponibles :

- les indicateurs nationaux et notamment ceux d'hôpital numérique P1.2 : fonctionnement régulier (réunion *a minima* une fois par trimestre et capacité à livrer un rapport d'activité) ;
- les indicateurs régionaux ;
- les indicateurs locaux.

Les résultats inférieurs aux seuils ou aux objectifs fixés sont examinés avec une attention particulière au sein des instances, des réunions de direction de l'établissement et des secteurs d'activité (2e E2- EA1).

Les résultats sont synthétisés dans le tableau de bord de l'établissement en lien avec le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins.

Un rapport d'activité est réalisé *a minima*, une fois par an par la cellule d'identité vigilance.

- Il recense notamment les actions menées pour la mise en œuvre de la politique de gestion des identités (élaboration de procédures, actions de communication, formation...) et les résultats des indicateurs.
- L'efficacité des actions mises en œuvre est mise en évidence par la diminution du niveau de risque et l'amélioration de la réponse aux besoins.
- Le cas échéant, l'analyse permet d'identifier :
 - les points à risque nécessitant une surveillance particulière ;
 - les dysfonctionnements répétitifs communs à tous les secteurs d'activité ;
 - les mesures complémentaires à prendre pour la révision du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.
- Les délais de mise en œuvre des actions d'amélioration sont respectés ou, le cas échéant, argumentés.





Amélioration continue



Communication sur les résultats

Amélioration continue



L'établissement réexamine les risques significatifs non totalement éliminés ou les besoins non totalement satisfaits afin de déterminer des mesures complémentaires de traitement ou de réduction de risque (15a E3-EA1).

- La politique d'identification du patient et de rapprochement d'identités est ajustée en fonction des résultats des indicateurs (2e E3- EA1) et du suivi du plan d'action associé.
- Le programme d'amélioration associé est réajusté annuellement en fonction des résultats des évaluations (8a E3- EA3) :
 - de nouveaux objectifs d'amélioration mesurables sont fixés au regard des résultats des indicateurs et des objectifs atteints ;
 - des actions d'amélioration sont programmées et mises en œuvre de manière coordonnée et structurée.
- Ces actions d'amélioration sont intégrées au programme global qualité et gestion des risques (PAQSS).

Communication sur les résultats



Il existe un système de diffusion en interne des résultats des évaluations, et des actions conduites.

Les résultats des indicateurs nationaux généralisés et d'hôpital numérique sont diffusés aux professionnels concernés (2e E2- EA2).





Liste des éléments d'appréciation



Indicateurs

Liste des éléments d'appréciation



Liste des EA des critères directement rattachés à la thématique du guide

→ 15a E1- EA1	→ 15a E2- EA1 → 15a E2- EA2 → 15a E2- EA3	→ 15a E3- EA1
---------------	---	---------------

Liste des EA cités dans le guide mais hors critères dédiés à cette thématique

→ 1e E2- EA2 → 2e E1- EA2 → 2e E2- EA1 → 2e E2- EA2 → 2e E3- EA1 → 3a E1- EA1 → 3a E2- EA3 → 3b E1- EA1	→ 5c E1- EA1 → 5c E2- EA1 → 5c E2- EA2 → 5c E2- EA3	→ 8a E1- EA1 → 8a E1- EA2 → 8a E1- EA4 → 8a E2- EA1 → 8a E3- EA1 → 8a E3- EA3 → 8c E1- EA2 → 8d E1- EA2
--	--	--

Indicateurs



→ [Cliquer ici pour consulter « la fiche des principaux indicateurs correspondant à la thématique »](#) (en cours de rédaction).



Toutes les publications sur la certification
sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

2 avenue du Stade de France - 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX
Tél. : +33 (0) 1 55 93 70 00 - Fax : +33 (0) 1 55 93 74 00

