

Présentation de la cartographie des risques

Le GRIVES vous propose un document d'aide au pilotage de l'identitovigilance. Ce document comprend une analyse des risques générique pour un établissement de santé, une proposition de plan d'action générique. Ce document est complété par le document suivre des indicateurs d'identitovigilance et par un modèle de tableau de bord de suivi des indicateurs.

L'analyse des risques provient d'un travail du groupe processus GRIVES (2014-2015), complété par un travail du groupe qualité du GHT 13, par l'ajout de risque liés à l'identité INS.

Les indicateurs proposés sont issus du travail du GRIVES

Le plan d'actions a été conçu à partir d'un travail réalisé par le groupe qualité du GHT 13 et complété par les pilotes du GRIVES.

Mode d'emploi : cartographie des risques

L'établissement peut s'approprier ce document en supprimant les risques non pertinents ou en rajoutant d'autres risques qui n'auraient pas été identifiés. Pour chaque risque l'établissement apprécie la fréquence et l'échelle de maîtrise. Il n'est pas conseillé de modifier la gravité proposée.

Cotation de la gravité dans l'analyse des risques Les cotations de gravité proposées dans l'analyse des risques proviennent d'une réflexion commune à plusieurs établissements de santé (réalisation dans chaque établissement d'une analyse de risque, cotation puis confrontations des résultats et échanges).

Calcul des criticités brutes et nettes Les calculs sont automatiquement réalisés dans les colonnes H et K selon les valeurs saisies respectivement dans les colonnes F et G et J. Ces cellules sont bloquées pour éviter de supprimer par inadvertance les formules de calculs.

Mise en forme conditionnelle des criticités brutes et nettes Valeur strictement inférieure à 5 : vert

Valeur comprise entre 5 et 10 inclus : orange

Valeur strictement supérieure à 10 : rouge

Métriques

Echelle de gravité

L'échelle proposée est celle proposée par la Haute Autorité de santé (2012. Amélioration des pratiques et sécurité des soins. La sécurité des patients. Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé, des concepts à la pratique)

Echelle de fréquence

Elle est basée sur l'échelle proposée par la HAS (2012. Amélioration des pratiques et sécurité des soins. La sécurité des patients. Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé, des concepts à la pratique).

Echelle de maîtrise :

L'échelle proposée reprend les niveaux de la HAS, cependant une adaptation spécifique a été réalisée pour l'identitovigilance en rajoutant une partie de maîtrise technique. Cette échelle est destinée à faciliter l'appréciation de leur maîtrise par les établissements.

Mode d'emploi : plan d'actions

Le plan d'action proposé est générique. Il doit être adapté par les établissements (rajout des actions liées à des problématiques spécifiques, décidées lors de l'analyse des événements indésirables, liées à des projets de l'établissements, à la mise en conformité à la nouvelle réglementation (INS, RNIV)...)

Mode d'emploi : indicateurs

L'onglet indicateur liste les indicateurs proposés par le GRIVES ainsi que la liste des indicateurs HOP EN relatifs à l'identitovigilance (P1.1 et P1.2). L'établissement peut supprimer les indicateurs qu'il ne souhaite pas suivre ou rajouter d'autres indicateurs

Sommaire

[Analyse de risque](#)

[Plan d'actions](#)

[Indicateurs](#)

[Echelle de fréquence](#)

[Indicateurs](#)

[Echelle de fréquence](#)

[Echelle de gravité](#)

[Echelle de maîtrise](#)

CARTOGRAPHIE DES RISQUES IDENTITOVIGILANCE

[Retour au sommaire](#)

Domaine	Etape	Lieux	N° du risque	Libellé du risque	Fréquence	Gravité	Criticité Brute	Actions de maîtrise possibles	Niveau de maîtrise	Criticité Nette	Commentaire
I d e n t i f i c a t i o n P r i m a i r e	Admission d'un patient dans le système d'information	Bureau des entrées Secrétariat médical Services d'urgence (urgence, réanimation, maternité...)	1	Collision		5	0	Formation (en particulier dépistage usurpation identité) Communication Gestion documentaire : existence de procédures (comprenant le dépistage et la conduite à tenir en cas de suspicion d'usurpation d'identité) Suivi, analyse des EI et mise en place d'actions d'amélioration Suivi des indicateurs (nombre et taux de collisions) Réalisation d'audit de pratiques		0	Risque élevé pour les homonymes et au service d'accueil des urgences. Comprend la défaillance usurpation d'identité qui peut aboutir à une collision soit immédiate soit ultérieure inclut le risques des situations identités non vérifiables (patients incapables de décliner leur identité, décédés, vivants , SSE, identités protégées
	Admission d'un patient dans le système d'information	Bureau des entrées Secrétariat médical Services d'urgence (urgence, réanimation, maternité...)	2	Création de doublon		3	0	Formation Communication Gestion documentaire Logiciel d'identitovigilance Suivi, analyse des EI et mise en place d'actions d'amélioration Suivi des indicateurs (taux de doublon de flux) Réalisation d'audits de pratiques		0	
	Admission d'un patient dans le système d'information	Bureau des entrées Secrétariat médical Services d'urgence (urgence, réanimation, maternité...)	3	Création d'une identité erronée		3	0	Formation Communication Gestion documentaire Suivi, analyse des EI et mise en place d'actions d'amélioration Suivi des indicateurs Audit de pratiques		0	Erreur lors de la création du dossier qui peut aboutir à une création de doublon ultérieure inclut le risques des situations identités non vérifiables (patients incapables de décliner leur identité, décédés vivants , SSE, identités protégées...) Inversion entre nom usuel et nom de naissance
	Admission d'un patient dans le système d'information	Bureau des entrées, points de création d'identités	4	Absence de validation d'une identité		3	0	Communication auprès des usagers (présentez votre pièce d'identité) Affichage institutionnel Information sur convocation médicale, confirmation de rendez vous par mail, SMS... Formation des personnels Moyens RH suffisants Organisation testée et éprouvée Suivi des indicateurs (taux d'identité au statut <i>identité validée</i>) Réalisation d'audits de pratiques		0	Une absence de validation de l'identité peut être due : - à l'absence de demande de présentation d'une PI à l'usager - à l'absence de présentation de la PI par l'usager - à un manque de personnel pour procéder à la validation (si la validation se réalise <i>a posteriori</i> (backoffice) - à une non conformité de l'outil aux exigences (absence de fonctionnalité de validation des identités) - à un manque de formation du personnel
	Admission d'un patient dans le système d'information	Bureau des entrées, points de création d'identités	5	Absence d'appel au téléservice INSI pour récupérer l'identité INS		3	0	Gestion documentaire : existence de procédures Formation du personnel Réalisation d'audits de pratiques		0	Exemples de défaillances : - outil ne permettant pas l'appel au téléservice - absence de formation du personnel - absence de présentation de pièce d'identité (si la procédure de l'établissement prévoit que l'appel au téléservice ne peut se faire que si l'usager présente une pièce d'identité)
	Admission d'un patient dans le système d'information	Bureau des entrées, points de création d'identités	6	Echec de l'appel au téléservice		3	0	Organisation de complétude <i>a posteriori</i> testée et éprouvée		0	Quelques exemples de défaillance : - traits d'identités discordants avec ceux présents dans la base INSEE - problème technique d'interrogation du téléservice (saturation, problème du webservice soit au niveau de l'établissement soit au niveau de la base nationale d'identité...)
	Admission d'un patient dans le système d'information	Bureau des entrées, points de création d'identités	7	Absence de qualification de l'identité INS		3	0	Communication auprès des usagers (présentez votre pièce d'identité) Affichage institutionnel Information sur convocation médicale, confirmation de rendez vous par mail, SMS... Formation des personnels Gestion documentaire : existence de procédures réalisation d'audits de pratiques Suivi des indicateurs (taux d'identités au statut <i>identité qualifiée</i>)		0	Absence d'appel au téléservice Absence de présentation d'une pièce d'identité permettant la qualification de l'identité INS. Echec de l'appel au téléservice Toutes cause des risques 4, 5 et 6
	Admission d'un patient dans le système d'information	Bureau des entrées, points de création d'identités	8	Echec de la qualification de l'identité INS		3	0	Sensibilisation des usagers, importance de faire rectifier les données soit au niveau de la base INSEE, soit au niveau de la pièce d'identité, selon l'origine de la discordance.		0	Identité INS discordante avec l'identité présente sur une pièce d'identité.
	Admission d'un patient dans le système d'information	Bureau des entrées, points de création d'identités	9	Erreur d'attribution d'une identité INS par erreur de sélection du dossier		4	0	Formation du personnel Suivi, analyse des EI et mise en place d'actions d'amélioration Gestion documentaire : existence de procédure		0	Qualification sans contrôle de cohérence avec une PI
	Admission d'un patient dans le système d'information	Bureau des entrées, points de création d'identités	10	Erreur d'attribution d'une identité INS par erreur de sélection du bénéficiaire sur la carte vitale lors de l'appel au téléservice		4	0	Formation du personnel Suivi et analyse des EI, mise en place d'actions d'amélioration Plan d'actions CREX Gestion documentaire : existence de procédure		0	Qualification sans contrôle de cohérence avec une PI
	Admission d'un patient dans le système d'information	Bureau des entrées Secrétariat médical Service d'urgence (urgence, réanimation...)	11	Présence de trop nombreux doublons dans la base « patient »		3	0	Procédure de signalement des anomalies liées à l'identité Nettoyage de la base patient Mise en place d'un logiciel d'identitovigilance Suivi des indicateurs (taux de doublons de flux, de stock...)		0	Besoin de ressources extérieures : allocation des moyens ?
	Admission d'un patient dans l'établissement en l'absence de système d'information fonctionnel (mode dégradé et reprise d'activité)	Bureau des entrées Secrétariat médical Service d'urgence (urgence, réanimation...)	12	Perte de données (patient non créé, erreur...)		5	0	Gestion documentaire : existence de procédure de fonctionnement en mode dégradé, reprise d'activité Suivi, analyse des EI et mise en place d'actions d'amélioration Réalisation d'audits, réalisation d'exercices		0	Risque supplémentaire lors de la reprise d'activité : tout risques liés à l'absence de récupération d'une identité INS et de sa qualification.
	Transmission de l'identité dans les logiciels périphériques et les équipements biomédicaux	Tout service clinique, médicotechnique et Bureau des entrées	13	Identité erronée dans les logiciels tiers (Interfaces non fonctionnelles, pas de prise en compte des messages de création, fusion modification identité ou logiciels non interfacés)		5	0	Test d'interfaces lors du déploiement et lors de mise à jour (procédure de test d'interfaces)		0	Risque élevé si la GAM et le DPI ne sont pas interfacés conduisant à une doubles saisie des identités donc à un risque d'erreur accru.
I d e n t i		Tous services cliniques ou bureau des entrées (selon pratique des ES)	14	Erreur sur l'identité portée sur le bracelet		5	0	Formation Communication Gestion documentaire Evaluations Suivi des indicateurs Analyses <i>a posteriori</i> CREX et CREXMED REMED, RMM		0	L'erreur d'identité sur un bracelet d'identification est plus grave que l'absence de pose ou le refus du bracelet. L'identité peut être erronée lors d'une usurpation d'identité

Pose du bracelet d'identification ou prise de la photographie (selon les procédures des établissements)	Tous services cliniques ou bureau des entrées (selon pratique des ES)	15	Absence de pose/photo		3	0	Formation Communication Gestion documentaire Evaluations Suivi des indicateurs Analyses a posteriori CREX et CREXMED REMED, RMM	0	
	Tous services cliniques ou bureau des entrées (selon pratique des ES)	16	Refus du bracelet par le patient		3	0	Sensibilisation patient Traçabilité dans dossier patient Transmissions équipes	0	L'absence de traçabilité du port du bracelet dans le dossier doit être prise en compte dans la thématique dossier patient. Traçabilité dans le dossier du patient = Droit du patient
Examen clinique interrogatoire	Tous services cliniques	17	ERREUR de patient		5	0	Formation Communication Gestion documentaire Evaluations Suivi des indicateurs Analyses a posteriori CREX et CREXMED REMED, RMM Vigilance médicale	0	Toutes les étapes de la PEC médicale jusqu'à la prescription
Prescription	Tous services cliniques	18			5	0	Formation Communication Gestion documentaire Evaluations Suivi des indicateurs Analyses a posteriori CREX et CREXMED REMED, RMM Vigilance médicale	0	Quelle que soit le type de prescription (médicament, labo, imagerie, demande d'avis spécialisé)
Préparation des traitements	Pharmacie ou services cliniques (selon pratiques ES)	19			5	0	Formation Communication Gestion documentaire Evaluations Suivi des indicateurs Analyses a posteriori CREX et CREXMED REMED, RMM CBU Vigilance pharmaciens, préparateurs	0	Absence d'identification des piluliers ou injectables ou pommades
Administration du traitement	Tous services cliniques	20			4	0	Formation Communication Gestion documentaire Evaluations Suivi des indicateurs Analyses a posteriori CREX et CREXMED REMED, RMM Vigilance IDE	0	L'absence traçabilité de l'administration est à prendre en compte dans la thématique prise en charge médicamenteuse ou tenue du dossier patient La non administration doit être motivée (Indicateur HAS TDP 2)
Prélèvement biologique ou anapath	Tous services cliniques	21			4	0	Formation Communication Gestion documentaire Evaluations Suivi des indicateurs Analyses a posteriori CREX et CREXMED REMED, RMM Vigilance du technicien, vigilance du biologiste (antériorité, cohérence du bilan avec les renseignements cliniques... Vigilance médicale et paramédicale	0	Le patient A est prélevé à la place du patient B
Prélèvement biologique ou anapath	Tous services cliniques	22		Erreur d'étiquetage du tube OU de la prescription Absence d'étiquetage du tube		4	0	Formation Communication Gestion documentaire Evaluations Suivi des indicateurs Analyses a posteriori CREX et CREXMED REMED, RMM Vigilance du technicien, vigilance du biologiste (antériorité, cohérence du bilan avec les renseignements cliniques...)	0
Prélèvement biologique ou anapath	Tous services cliniques	23	Erreur d'étiquetage du tube ET de la prescription Le bilan est attribué au mauvais patient		4	0	Vigilance du technicien, vigilance du biologiste, du médecin (antériorité, cohérence du bilan avec les renseignements cliniques...) Analyses a posteriori CREX et CREXMED REMED, RMM	0	En général gravité plus grande que la défaillance précédente Possible de le rassembler avec le risque précédent si la criticité est la même dans l'établissement
Surétiquetage du tube au laboratoire	Laboratoire de biologie médicale et d'anatomopathologie	24	Erreur lors du sur-étiquetage du tube		5	0	Vigilance du technicien, vigilance du biologiste (antériorité, cohérence du bilan avec les renseignements cliniques... Vigilance des cliniciens analyses a posteriori CREX et CREXMED REMED, RMM	0	Comprend également les prélèvements pour l'anatomopathologie
Biologie délocalisée	Tous services cliniques équipés d'automate de biologie délocalisé	25	Erreur de patient lors du prélèvement		5	0	Formation Communication Gestion documentaire Evaluations Suivi des indicateurs Analyses a posteriori CREX et CREXMED REMED, RMM Vigilance du biologiste lors de la validation biologique, vigilance du technicien lors de la validation analytique, vigilance du clinicien lors de la prise de connaissance du résultat	0	Prélever le mauvais patient
Biologie délocalisée	Tous services cliniques équipé d'automate de biologie délocalisé	26	Erreur d'identification lors de l'analyse de l'échantillon		5	0	Formation Communication Gestion documentaire Evaluations Suivi des indicateurs Analyses a posteriori CREX et CREXMED REMED, RMM Vigilance médicale et paramédicale Vigilance du biologiste lors de la validation biologique, vigilance du technicien lors de la validation analytique, vigilance du clinicien lors de la prise de connaissance du résultat	0	Prélever le mauvais patient
Transport du patient	Tous services cliniques	27			5	0	Formation Communication Gestion documentaire Evaluations Suivi des indicateurs Analyses a posteriori CREX et RMM Vigilances équipes de soins et brancardiers	0	Transport interne ou externes y compris transfert

Examens d'imagerie médicale, de médecine nucléaire	Service d'imagerie médicale, de médecine nucléaire	28	ERREUR de patient	5	0	Formation Communication Gestion documentaire Evaluations Suivi des indicateurs Analyses a posteriori CREX et RMM Check list Interrogatoire du patient, marquage du site pour radiothérapie	0	La gravité pour cet item est à apprécier selon l'examen d'imagerie réalisé
Transfusion	Tous services cliniques	29		5	0	Formation Communication Gestion documentaire Evaluations Suivi des indicateurs Analyses a posteriori CREX et RMM Check list = non obligatoire Interrogatoire du patient, Contrôle ultime	0	
Programmation bloc opératoire	Bloc opératoire / Endoscopie	30		5	0	Formation Communication Gestion documentaire Evaluations Check list = obligatoire Suivi des indicateurs Analyses a posteriori CREX et RMM Logiciel de programmation opératoire	0	
Actes au bloc opératoire et actes à risques hors bloc opératoire (endoscopie)	Bloc opératoire / Endoscopie	31	Erreur de patient (mauvais patient ou patient installé dans mauvaise salle)	5	0	Formation Communication Gestion documentaire Evaluations Suivi des indicateurs Analyses a posteriori CREX et RMM Check list Interrogatoire du patient avant l'opération à l'arrivée au BO	0	Réalisation de la checklist sans respecter les bonnes pratiques. Non réalisation de la checklist. Pas de croisement des données de la checklist
Actes au bloc opératoire et actes à risques hors bloc opératoire (endoscopie)	Bloc opératoire / Endoscopie	32	Erreur de côté / erreur d'intervention	5	0	Formation Communication Gestion documentaire Evaluations Suivi des indicateurs Analyses a posteriori CREX et RMM Check list Interrogatoire du patient avant l'opération à l'arrivée au BO	0	Réalisation de la checklist sans respecter les bonnes pratiques. Non réalisation de la checklist. Pas de croisement des données de la checklist
Repas du patient	Tous services cliniques	33	Erreur de patient	3	0	Formation Communication Gestion documentaire Evaluations Suivi des indicateurs Vigilances AS et IDE	0	Problème si régimes particuliers (diabétique, sans sel, hypo ou hypercalorique)
Soins	Tous services cliniques	34		5	0	Formation Communication Gestion documentaire Evaluations Suivi des indicateurs Analyses a posteriori CREX et RMM	0	
A toutes les étapes de la prise en charge	Tous services cliniques	35	Ne pas dépister une usurpation d'identité avec toutes les conséquences médicales potentielles (diagnostic erroné, traitement erroné...)	5	0	Formation des personnels Contrôle de cohérence avec les données (biologie, immunohématologie, clinique, opérations, cicatrice...) du dossier Interrogatoire de l'usager	0	
Sortie du patient remise des documents	Tous services cliniques et bureau des entrées	36	Erreur de documents (donner au patient les documents appartenant à un autre patient)	5	0	Formation Communication Gestion documentaire Evaluations Suivi des indicateurs Analyses a posteriori	0	Documents médicaux ou administratifs
Décès du patient	Tous services cliniques	37	Erreur d'identification du corps	5	0	Formation Communication Gestion documentaire Evaluations Suivi des indicateurs Analyses a posteriori CREX	0	Plainte famille; erreur d'identification du corps, erreur d'identification sur le certificat de décès, erreur dans l'emplacement du corps au dépositaire
Décès du patient	Tous services cliniques	38	Erreur sur le certificat de décès	5	0	Formation Communication Gestion documentaire Evaluations Suivi des indicateurs Analyses a posteriori CREX	0	Plainte famille; erreur d'identification du corps, erreur d'identification sur le certificat de décès, erreur dans l'emplacement du corps au dépositaire
Décès du patient	Dépositaire	39	Erreur dans l'emplacement du corps	5	0	Formation Communication Gestion documentaire Evaluations Suivi des indicateurs Analyses a posteriori CREX Vigilance personnel administratif et soignant	0	Plainte famille; erreur d'identification du corps, erreur d'identification sur le certificat de décès, erreur dans l'emplacement du corps au dépositaire
Fonctionnement en mode dégradé	Tous services cliniques	40	Difficulté ou erreur d'identification du patient (défaillance du système d'information; rupture de stock, panne équipement...)	3	0	Exercices en mode dégradé CREX Formation des professionnels Expertise cellule d'identitovigilance	0	Défaillance du système d'information; rupture de stock, panne équipement...

	Alimentation du dossier du patient	Tous services cliniques	41	Présence de documents non identifiés dans le dossier du patient	3	0	Formation Communication Gestion documentaire Evaluations Suivi des indicateurs Analyses a posteriori Diffusion des fusions et modification identité	0	
Id I et II	Tenue du dossier patient	Tous services cliniques	42	Présence d'un document n'appartenant pas au patient dans le dossier (erreur de sélection de dossier lors de la frappe d'un compte rendu, du rangement du dossier.	4	0	Formation Communication Gestion documentaire Evaluations Suivi des indicateurs Analyses a posteriori Diffusion des fusions et modification identité	0	
	Tenue du dossier patient	Tous services cliniques	43	Erreur d'identification du dossier	3	0	Formation Communication Gestion documentaire Evaluations Suivi des indicateurs Analyses a posteriori Diffusion des fusions et modification identité	0	Comprend présence de document non identifiés, présence de document appartenant à d'autres patients, erreur d'identification du dossier
Gestion du dossier patient	Tenue du dossier patient	Tous services cliniques	44	Utilisation du matricule INS pour référencer les données pour des identités au statut récupéré	5	0	Evaluation de la conformité du référentiel identité	0	
	Direction stratégique		45	Absence de soutien institutionnel	5	0	Bilan des EI identitovigilance à la Direction Générale et à la CME Diffusion institutionnelle des CR des réunions	0	Défaut de mise à disposition de RH par la direction
	Fonctionnement des instances		46	Pas de réunion, comité non à jour, pas de traçabilité des réunions, charte	5	0	Direction, gestion documentaire	0	
	Gestion documentaire		47	Procédures, non à jour, non connues ou non appliquées, Documents d'organisation absents ou non à jour, Charte absente ou non à jour	5	0	Formation, fiche de mission référent identitovigilance Organisation	0	
	Formation du personnel		48	Insuffisance de formation	4	0	Organisation des formation GPEC...	0	Entraîne non respect procédure, non qualité base patient, sous déclaration EI...
	Gestion et traitement des alertes identitovigilance		49	Alertes non gérées, (diffusion, prise en compte)	5	0	Rôle référent local, gestion documentaire, organisation identitovigilance Alerte avec communication de la situation, désignation de suppléant	0	Comprend la non déclaration des erreurs dépitées par les professionnels de santé et la non traitement des anomalies par défaut de RH par exemple
	Pilotage - Evaluation		50	Indicateurs, non suivis, non analysés, non pertinents ou faux, non pris en compte pour amélioration Non réalisation d'audit de pratiques ou audits non pertinents	3	0	Organisation identitovigilance, comité identitovigilance Coordination des risques CME	0	Audit, indicateurs... Coordination du pilotage
	Amélioration		51	Non prise en compte des résultats d'audits, indicateurs, analyse EI pour la mise en œuvre d'action d'amélioration	3	0	Suivi par tableau de bord indicateurs, réunion du comité d'identitovigilance,	0	
	Communication patient, usagers et partenaires (dont sous traitants)		52	Absence de sensibilisation des usagers	3	0	CDU, affichage, article, processus communication Présentation et communication d'analyse des EI d'identitovigilance en CDU avec EIGS	0	Le défaut de sensibilisation peut engendrer la non présentation de pièces d'identité fiables, l'utilisation de document frauduleux (usurpation d'identité), le défaut d'implication des usagers, l'incompréhension et l'inquiétude des usagers
	Organisation de l'identitovigilance								

PLAN D'ACTION IDENTITOVIGILANCE

Retour au sommaire

N° du risque	Actions	Commentaires	Responsable action	Échéance réalisation	Date de réalisation	Méthode de mesure de l'efficacité (audit, indicateur)	Date évaluation prévue	Responsable évaluation	Indicateur	Objectif chiffré	Résultats indicateurs	Efficacité de l'action	Date de clôture
	Former les professionnels												
	Sensibiliser les patients												
	Mettre en place une procédure donner l'alerte (entre établissements et au sein du même établissement)												
	Gérer les documents												
	Piloter l'identitovigilance : suivre les indicateurs												
	Evaluer les pratiques (audits, évaluations)												
	Maintenir la qualité de la base patient												
	Assurer la continuité de l'identification du patient (mode dégradé; transfert entre établissements)												
	Harmoniser les pratiques d'identification du patient au sein des établissements du GHT/groupement de structures (disposer d'une charte d'identitovigilance commune)												
	Organiser le rapprochement d'identité												
	Récupérer et qualifier l'identité INS	A décliner dans un plan d'action INS											
	Référencer , échanger et partager des données en utilisant l'identité INS	A décliner dans un plan d'action INS											
	Fiabiliser les interfaces d'identités (en intra et inter établissement) : réaliser autant de tests que nécessaire												
	Fiabiliser l'identification du patient lors d'afflux massif de victimes (éviter les collisions lors de transfert inter établissement)												
	Analyser les événements indésirables												

INDICATEURS IDENTITOVIGILANCE Récapitulatif

[Retour au sommaire](#)

Les structures s'appuient sur le document spécifique indicateurs. Les indicateurs peuvent être suivis dans le tableau de bord proposé par le GRIVES

	Indicateur	Mode de calcul	Périodicité de recueil	Commentaire
Indicateur de structure	Taux d'applications au cœur du processus de soin connecté au référentiel identité de la structure (indicateur HOP EN prérequis 1.1)	Nombre d'applications au cœur du processus de soin connectées au référentiel unique d'identité / nombre d'applications totales au cœur du processus de soins	Annuel	Outre le dossier patient informatisé, le système de gestion du laboratoire, d'imagerie, il faut également inclure les outils de gestion des repas (régime, texture) est une application au cœur du processus de soins par exemple.
	Taux d'applications au cœur du processus de soin respectant les normes d'interopérabilité (conformes aux standards et en capacité de véhiculer l'identité INS)	Nombre d'applications conformes / nombre d'applications totales	Annuel	
Indicateurs de processus et d'organisation	Taux de formation du personnel	Cf. carte identité indicateur proposées par le GRIVES FORMAPERS1 et FORMAPERS2	Annuel	
	Taux de documents à jour	Nombre de documents présents et à jour / Nombre de documents nécessaires	Annuel	
	Taux de réalisation des réunions du comité identitovigilance (indicateur HOP EN prérequis P1.2)	Nombre de réunions réalisées / Nombre de réunions prévues dans la charte d'identitovigilance de l'établissement	Annuel	Le prérequis P1.2 prévoit une fréquence de réunion semestrielle. Il est conseillé de garder une fréquence de réunion trimestrielle.
	Taux de RETEX (CREX, RMM) sur les EIG relatifs à l'identification du patient	Nombre de RETEX réalisés / Nombre de RETEX nécessaire	Trimestriel	
Indicateurs de résultats identification primaire	Taux de doublons de flux	Cf. carte d'identité indicateur proposé par le GRIVES : DOUBLONFLUX	Trimestriel	
	Taux de collisions dépiquées	Cf. carte d'identité indicateur proposé par le GRIVES : COLLISIONS	Trimestriel	
	Rapport fusion/doublons	Cf. carte d'identité indicateur proposé par le GRIVES : RFUSDOUB	Trimestriel	
	Nombre d'usurpations d'identité détectées	Cf. carte d'identité indicateur proposé par le GRIVES : USURPIDENT	Trimestriel	
	Taux d'identités numériques au statut identité qualifiée (file active)	Cf. carte d'identité indicateur proposé par le GRIVES : IDQUA	Trimestriel	
	Taux d'identités numériques au statut identité validée (file active)	Cf. carte d'identité indicateur proposé par le GRIVES : IDVAL	Trimestriel	
	Taux d'identités numériques au statut identité récupérée (file active)	Cf. carte d'identité indicateur proposé par le GRIVES : IDREC	Trimestriel	
	Taux d'identités numériques au statut identité provisoire (file active)	Cf. carte d'identité indicateur proposé par le GRIVES : IDPROV	Trimestriel	
	Taux d'identités numériques possédant un même matricule INS et des traits d'identités différents	Cf. carte d'identité indicateur proposé par le GRIVES : MATINSID	Trimestriel	
	Part des doublons d'identités INS dans les doublons de flux	Cf. carte d'identité indicateur proposé par le GRIVES : PARTDOUBINS	Trimestriel	
	Taux de doublons de flux d'identités INS	Cf. carte d'identité indicateur proposé par le GRIVES : DOUBLONFLUXINS	Trimestriel	
	Taux d'événements indésirables porteurs de risque relatifs à l'identification primaire des patients	Cf. carte d'identité indicateur proposé par le GRIVES : EPRADM	Trimestriel	
	Taux d'événements indésirables relatifs à l'identification primaire des patients	Cf. carte d'identité indicateur proposé par le GRIVES : EIADM	Trimestriel	
	Indicateurs de résultats identification secondaire	Taux de documents identifiés dans le dossier de l'usager	Cf. carte d'identité indicateur proposé par le GRIVES : IDDOCCOISSIER	Trimestriel
Taux de documents produits référencés avec l'identité INS.		Cf. carte d'identité indicateur proposé par le GRIVES : TXDOC INS	Trimestriel	
Taux d'événements indésirables porteurs de risque relatifs à l'identification secondaire des patients		Cf. carte d'identité indicateur proposé par le GRIVES : EPRSECOND	Trimestriel	
Taux d'événements indésirables relatifs à l'identification secondaire des patients		Cf. carte d'identité indicateur proposé par le GRIVES : EISECOND	Trimestriel	
Taux de non-conformités liés à l'identification relevées par le laboratoire de biologie médicale		Nombre de non conformités / nombre de demandes : NCLABO	Trimestriel	

Echelle de fréquence

[Retour au sommaire](#)

F5 - Extrêmement fréquent	Au moins 1 fois par semaine	Soit au moins 52 fois /an
F4 - Très fréquent	Moins d'1 fois par semaine jusqu'à 1 fois par mois	Entre 12 à 51 fois /an
F3 - Fréquent	Moins d'1 fois par mois jusqu'à 1 fois par trimestre	Entre 4 à 11 fois / an
F2 - Peu fréquent	Moins d'1 fois par trimestre jusqu'à 1 fois par an	Entre 1 à 3 fois / an
F1 - Exceptionnel	Moins d'1 fois par an	

Classe de fréquence - intitulé générique	impact sur l'organisation	impact sur les biens matériels	impacts sur la sécurité des patients
F1 -Exceptionnel	< 5% des services ou établissements concernés	moins d'une fois par an	< 5% des patients concernés*
F2- Peu fréquent	[6%:25%] des services ou établissements concernés	Moins d'une fois par trimestre jusqu'à une fois par an	[6%:25%] des patients concernés
F3- Fréquent	[26%:50%] des services ou établissements concernés	Moins d'une fois par mois jusqu'à une fois par trimestre	[26%:50%] des patients concernés
F4- Très fréquent	[51%:75%] des services ou établissements concernés	Moins d'une fois par semaine jusqu'à une fois par mois	[51%:75%] des patients concernés
F5- Extrêmement fréquent	> 76% des services ou établissements concernés	Au moins une fois par semaine	> 76% des patients concernés

Echelle de gravité

[Retour au sommaire](#)

Niveau de gravité	Impact sur l'organisation (de la prise en charge, du service, de l'établissement)	Impact sur les biens matériels et l'environnement. Pertes financières	Impact sur la sécurité des personnes	Conduites à tenir
1 Mineure	Effet négligeable sur la réalisation de la mission			Événement indésirable non grave <ul style="list-style-type: none"> • archivage • alimentation du tableau de bord annuel • discussion trimestrielle
	<ul style="list-style-type: none"> • mission réalisée sans impact : pas de perte de temps. • indisponibilité de ressources mais avec solution alternative immédiatement disponible 	<ul style="list-style-type: none"> • destruction ou disparition d'un bien d'une valeur < à 10 euros. • Perte financière < à 10 euros 	Néant	
2 Significative	Impact sur la performance de la mission (partiellement réalisée) (retardée, solution dégradée, perte financière modérée)			
	<ul style="list-style-type: none"> • mission réalisée mais par la mise en place d'une solution dégradée. • indisponibilité des ressources entraînant un retard de la mission compris entre 1 et 2 heures 	<ul style="list-style-type: none"> • destruction ou disparition d'un bien d'une valeur comprise entre 10 et 100 euros. • Perte financière entre 10 à 100 euros 	Néant	
Niveau de gravité	Impact sur l'organisation (de la prise en charge, du service, de l'établissement)	Impact sur les biens matériels et l'environnement. Pertes financières	Impact sur la sécurité des personnes	Conduites à tenir
3 Majeure	Impact sur la performance de la mission (échec de la mission)			Événement indésirable de gravité intermédiaire <ul style="list-style-type: none"> • analyse sous 30 j mesures de prévention
	<ul style="list-style-type: none"> • mission réalisée partiellement. • indisponibilité des ressources entraînant un retard de la mission compris entre 2 et 24 heures 	<ul style="list-style-type: none"> • destruction ou disparition d'un bien d'une valeur comprise entre 100 et 5 000 euros. • perte financière entre 100 et 5 000 euros 	Néant	
4 Critique	Impact REVERSIBLE sur la sécurité des personnes, des biens ou de l'établissement (échec de la mission)			Événement indésirable grave <ul style="list-style-type: none"> • analyse sous 15 j anonymisation propositions information de la commission GDR information de la CME et/ou du CHSCT • +/- information de l'ARS selon la nature de l'événement
	<ul style="list-style-type: none"> • mission non réalisée. • indisponibilité des ressources entraînant un retard de la mission supérieur à 24 heures 	<ul style="list-style-type: none"> • destruction ou disparition d'un bien de valeur comprise entre 5 000 et 100 000 euros. • perte financière entre 5 000 et 10 000 euros 	Événement ou défaut de prise en charge atteinte physique ou psychologique réversible	
5 Catastrophique	Impact IRREVERSIBLE sur la sécurité des personnes, des biens ou de l'établissement (échec de la mission)			
		<ul style="list-style-type: none"> • destruction ou disparition d'un bien d'une valeur > à 100 000 euros. • perte financière > à 100 000 euros 	Événement ou défaut de prise en charge atteinte physique ou psychologique non réversible pouvant aller jusqu'au décès	

Echelle de gravité

[Retour au sommaire](#)

Dénomination	Maitrise organisationnelle	Maitrise technique
M1 - Optimisé	On sait faire et on a tout prévu et on s'améliore de façon continue :	Les outils SI permettent de respecter l'ensemble des bonnes pratiques (présence des champs nécessaires, interfaçages...).
	- Organisations pérennes avec indicateurs de suivis	100% des SI métiers interfacés avec le référentiel d'identité (interface HL7 IHE PAM)
	- Evaluations régulières ou en routine des personnels et des procédures	Mode dégradé et reprise d'activité, prévus, testés, opérationnels et connus
	- Amélioration basée sur les résultats d'évaluation	Interfaces testées autant que nécessaires avec plan de test complet
	- Personnel formé (50% sur trois années glissantes), patient sensibilisé, communication efficace	
	- L'ensemble des procédures recommandées et utiles sont formalisées, connues et appliquées	
M2 - très bon	On sait faire , on a tout prévu :	Les outils SI permettent en grande partie de respecter l'ensemble des recommandations (ex certaines GAM qui rendent obligatoire le double nommage); mais l'établissement a intégré ce risque et pris les mesures nécessaires
	- Organisation en place	100 % des SI métiers interfacés. Interface non IHE PAM pour les SI
	- Quelques évaluations ponctuelles	Mode dégradé et reprise d'activité prévus et testés, partiellement connus
	- Plan d'action défini	Interfaces testées plan de test moins complet que 5
	- Personnel formé (30% sur trois années glissantes), patient sensibilisé, communication efficace	
	- L'ensemble des procédures recommandées et utiles sont formalisées, connues et appliquées	
M3 - Bon	On sait faire face, bonne maîtrise :	Les outils SI permettent partiellement de respecter l'ensemble des recommandations (ex certaines GAM qui rendent obligatoire le double nommage); mais l'établissement commence à intégrer ce risque et à prendre les mesures nécessaires
	- Plans d'actions rédigés	<100 % des SI métiers interfacés.
	- Plan de formation établi	Mode dégradé et reprise d'activité prévus mais non testés
	- Quelques actions de formation mais encore insuffisantes (taux de personnel formé <30% sur trois années glissantes)	Tests interfaces réalisés ponctuellement mais non tracés
	- 100 % procédures rédigées... Application non évaluée	
M4 - Faible	On est en alerte :	Les outils SI ne permettent pas de respecter l'ensemble des recommandations (ex certaines GAM qui rendent obligatoire le double nommage); Ce risque n'est pas intégré par l'établissement
	- Quelques actions mais insuffisantes (politique définie mais non appliquée, CIV nommée mais peu active < 4 réunions/an...)	<100 % des SI métiers interfacés.
	- Quelques actions d'information, pas de plan de formation	Mode dégradé et reprise d'activité non prévus
	- Insuffisance de procédures formalisées (<50% des procédures nécessaires)	Interfaces uniquement testées au déploiement de l'application
M5 - Inexistant	On découvre le risque , organisation non définie :	Les outils SI ne permettent pas de respecter les bonnes pratiques (ex champs nom de naissance non obligatoire, saisie possible de caractères diacritiques et spéciaux.)
	- Pas de politique, pas de CIV active (ou comité)	<100% des SI métiers interfacés sans moyens de sécurisation mis en place par l'établissement
	- Pas de procédures	Absence de mode dégradé et reprise activité
	- Absence ou insuffisance de ressources	Absence de test d'interface