

Type de document	FICHE	LES OUTILS D'ÉVALUATION EN IDENTITOVIGILANCE AUDITS - INDICATEURS	
Version	1	Date	22 mars 2021

Sommaire

Généralités	2
1. Pourquoi suivre des indicateurs ?.....	2
2. Qualités d'un indicateur	2
3. Différents types d'indicateurs.....	2
a) Les indicateurs de structures :	2
b) Les indicateurs de processus	2
c) Les indicateurs de résultats	3
4. Le recueil et le suivi des indicateurs.....	3
Indicateurs de processus : les audits du GRIVES.....	3
Indicateurs de résultats en identification primaire.....	5
1. Les indicateurs liés à l'INS	5
a) Taux d'identités nationales de santé ou INS	5
b) Taux d'identités au statut <i>identité qualifiée</i>	5
c) Taux d'identités au statut <i>identité récupérée</i>	5
d) Taux d'identités présentant un matricule INS identique et des traits d'identités différents	7
e) Taux de doublon de flux d'INS.....	7
f) Part des doublons d'INS dans les doublons	7
2. Autres indicateurs.....	7
a) Taux d'identités au statut <i>identité validée</i>	7
b) Taux d'identités au statut <i>identité provisoire</i>	7
c) Taux de doublon de flux	7
d) Taux de doublons traités moins de 72 heures après avoir été dépistés : taux de fusion précoce	7
e) Nombre et/ou taux de collision.....	7
f) Nombre et/ou taux d'usurpation d'identité	7
g) Rapport fusion sur doublon.....	8
Suivi des évènements indésirables associés aux soins	8
1. Évènements indésirables liés à une erreur d'identification primaire	8
a) Taux d'évènements porteurs de risques ayant pour origine une erreur d'identification primaire des usagers (EPRADM).....	9
b) Taux d'évènements indésirables ayant pour origine une erreur d'identification primaire des usagers (EIADM)	9
2. Évènements indésirables liés à une erreur d'identification secondaire	9
a) Taux d'évènements porteurs de risques ayant pour origine une erreur d'identification secondaire des usagers (EPRSECOND).....	9
c) Taux d'évènements indésirables ayant pour origine une erreur d'identification secondaire des usagers (EISECOND) ..	9
Suivi des non conformités de biologie médicale.....	9

Identification des documents du dossier patient.....	11
1. <i>Tous les documents du dossier patient sont identifiés : Taux de conformité.....</i>	<i>11</i>
2. <i>Taux de documents référencés avec l'INS.....</i>	<i>11</i>
Indicateurs de formation du personnel	11
1. <i>Taux de formation du personnel par grandes catégories professionnelles.....</i>	<i>11</i>
2. <i>Taux de formation du personnel par catégorie spécifique de personnels.....</i>	<i>11</i>
Les cartes d'identités des indicateurs	11
IDINS : Taux d'identités numériques possédant un matricule INS (statut identité récupérée ou statut identité qualifiée - file active)	12
IDQUA : Taux d'identités numériques au statut identité qualifiée (file active)	14
IDREC : Taux d'identités numériques au statut identité récupérée (file active).....	16
MATINSID : Taux d'identités numériques possédant un même matricule INS et des traits d'identités différents (file active)	17
PARTDOUBINS : Part des doublons d'INS (file active).....	18
DOUBLONINSFLUX: Taux de doublons de flux d'INS (file active).....	19
IDVAL : Taux d'identités numériques au statut identité validée (file active).....	20
IDPROV : Taux d'identités numériques au statut identité provisoire (file active)	21
DOUBLONFLUX: Taux de doublons de flux (file active).....	22
FUSPREC : Taux de doublons potentiels traités dans les 72 h suivant leur détection.....	23
COLLISION: Taux de collisions dépistées (file active)	24
USURPIDENT: Taux d'usurpations d'identité détectées (file active)	25
RFUSDOUB: IDV Rapport fusion/doublons	26
EPRADM: Taux d'évènements porteurs de risque relatifs à l'identification primaire des patients	27
EIADM : Taux d'évènements indésirables relatifs à l'identification primaire des patients	28
EPRSECOND: Taux d'évènements indésirables porteurs de risque relatifs à l'identification secondaire des patients	30
EISECOND: Taux d'évènements indésirables relatifs à l'identification secondaire des patients	31
NCLABO: Taux de non-conformité préanalytiques relevées par le laboratoire de biologie médicale et relatives à l'identitovigilance	33
IDDOCDOS : Taux de dossiers conformes en matière d'identification	35
TXDOCINS : Taux de documents produits référencés avec l'INS	36
FORMAPERS1: Formation du personnel (personnel en charge de l'identification primaire vs personnel en charge de l'identification secondaire).....	37
FORMAPERS2 : Formation du personnel (détail des catégories professionnelles)	38
Références bibliographiques.....	40

Contributeurs

Mme Laurence CHAMPION, Pilote du GRIVES
Dr Isabelle GRANIER, pilote du GRIVES
Mme Laetitia MAZZONI, pilote du GRIVES
Mme Cherifa NIMAL, pilote du GRIVES
Dr Manuela OLIVER, Coordonnatrice des pilotes du GRIVES

Les cartes d'identités rédigées initialement par le GRIVES ont été enrichies grâce aux échanges avec :

- le réseau des référents régionaux en identitovigilance - groupe de travail indicateur :
 - o Bourgogne Franche Comté
 - o Bretagne
 - o Hauts de France
 - o La Réunion
 - o Martinique
 - o Normandie
 - o Nouvelle Aquitaine,
 - o Occitanie
 - o Pays de la Loire
 - o Référent national en identitovigilance de l'Etablissement français du sang (EFS)
- l'Agence du Numérique en santé (ANS)

1. Pourquoi suivre des indicateurs ?

Un indicateur est un outil de pilotage et d'aide à la décision. Il permet d'évaluer l'efficacité ou la pertinence :

- D'une organisation ;
- d'un processus ;
- d'une réponse à un problème...

Le suivi des indicateurs correspond à l'étape Check (évaluer) de la roue de Deming ou méthode PDCA (prévoir, mettre en œuvre, évaluer, améliorer ou agir) d'amélioration continue de la qualité.

Le référentiel national d'identitovigilance volet 2 (RNIV 2) recommande le suivi d'indicateurs d'identitovigilance¹

2. Qualités d'un indicateur

Pour être utile, un indicateur doit répondre à certains critères. On parle souvent de critères **SMART**.

S : l'indicateur doit être **spécifique** de ce que l'on veut mesurer, s'il présente des biais de mesure, ceux-ci doivent être connus, il doit être clairement défini (numérateur, dénominateur, échantillonnage, période de mesure). L'indicateur doit également être **simple** à obtenir (requêtes informatiques par exemple)

M : l'indicateur doit être **mesurable** pour juger de l'atteinte des objectifs (par exemple : taux d'identités au statut identité validée supérieur à 60% des patients venus pendant la période de mesure)

A : l'indicateur doit être **atteignable**. Il ne s'agit pas de fixer des objectifs irréalistes au risque de décourager les professionnels. Il doit être cohérent avec les ressources disponibles. L'indicateur doit aussi être ambitieux pour motiver les professionnels et permettre une progression.

R : l'indicateur doit être **pertinent** (relevant en anglais) : il doit permettre d'évaluer le processus ou la pratique concerné.

T : l'indicateur doit être **temporellement défini**. La période de mesure doit être définie.

La carte d'identité de l'indicateur a pour objectif de décrire de façon concise (une page) l'indicateur.

3. Différents types d'indicateurs

a) Les indicateurs de structures :

Ils permettent d'évaluer les ressources et l'organisation mises en œuvre. En identitovigilance, il peut s'agir par exemple :

- de la conformité des systèmes d'information :
 - o respect des normes d'interopérabilité par exemple ;
 - o Taux d'applications au cœur du processus de soin connectées au référentiel identité de la structure ;
 - o intégration de l'INS dans le référentiel identité ;
 - o existence d'un système de signalement des erreurs d'identification ;
- d'indicateurs d'organisation :
 - o ressources humaines disponibles et suffisantes au regard des besoins...

b) Les indicateurs de processus

¹ Les établissements suivent les indicateurs pertinents au regard de leur activité et des directives éventuelles de niveau territorial ou régional. [Reco ES 02]

Ils permettent d'évaluer l'efficacité d'un processus. Ils renseignent sur la conformité de la réalisation de la prestation (de l'activité...). En identitovigilance, les processus peuvent être évalués par la réalisation d'évaluations des pratiques professionnelles.

c) Les indicateurs de résultats

Les indicateurs de résultats mesurent l'efficacité d'un processus. Par exemple le taux de formation du personnel mesure l'efficacité du processus « former les personnels en identitovigilance ».

4. Le recueil et le suivi des indicateurs

Les indicateurs sont recueillis par :

- la cellule opérationnelle d'identitovigilance ;
- le service qualité gestion des risques ;
- le laboratoire ;
- le service des ressources humaines.

Ils sont transmis au référent d'identitovigilance de la structure qui les collige au sein du tableau de bord des indicateurs et en propose une première analyse.

Ils sont étudiés par le comité d'identitovigilance de la structure qui décide des actions à mener.

Ils sont annuellement présentés dans le bilan d'activité du comité d'identitovigilance.

Indicateurs de processus : les audits du GRIVES

Le GRIVES vous propose depuis 2014 des audits de pratiques relatifs à l'identification primaire et secondaire. Les résultats transmis par les structures font l'objet d'une analyse régionale restituée l'année suivante.

Les audits sont généralement déclinés en format complet et flash.

Vous trouverez dans le tableau ci-dessous la liste des audits disponibles. Les grilles et guides d'audit sont disponibles dans l'espace collaboratif GRIVES de l'Agora Social Club.

Ces audits peuvent donner lieu au calcul de score agrégés pouvant être suivis comme des indicateurs de résultats (cf. Tableau de bord des indicateurs)

Intitulé de l'audit	Complet	Flash
IDENTIFICATION PRIMAIRE		
Vérification de l'identité de l'utilisateur (secrétariats sans création d'identité)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recueil de l'identité lors de l'accueil de l'utilisateur (points de création d'identité)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IDENTIFICATION SECONDAIRE		
Evaluation des règles d'identification lors d'un prélèvement biologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exhaustivité du port du bracelet d'identification chez le patient hospitalisé ou en ambulatoire	<input type="checkbox"/>	
Evaluation des règles d'identification de l'utilisateur lors d'un transport interne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evaluation des règles d'identification de l'utilisateur en imagerie médicale	✓	
Evaluation de l'identification des préparations injectables		<input type="checkbox"/>
Identification de l'utilisateur au moment de l'administration médicamenteuse		<input type="checkbox"/>
Identification de l'utilisateur lors du soin repas		<input type="checkbox"/>

Point d'attention : Des indicateurs d'identitovigilance font partie des prérequis du programme HOP EN. P1.1 (Taux d'applications au cœur du processus de soins, de la gestion administrative du patient et du PMSI connectées à un référentiel unique d'identités des patients et en capacité d'intégrer l'INS) et P1.2 (cellule d'identitovigilance opérationnelle). La DGOS a proposé des cartes d'identité pour ces indicateurs, aussi, ils ne font pas l'objet de carte d'identité dans ce document. Leur mode de calcul est toutefois rappelé dans le tableau de bord de suivi des indicateurs et également dans le document cartographie des risques proposé par le GRIVES.

1. Les indicateurs liés à l'INS

a) Taux d'identités nationales de santé ou INS

Cet indicateur mesure le taux d'INS dans votre référentiel identité. Les INS disposent d'un matricule INS et de traits issus de l'interrogation du téléservice INSi. Elles peuvent avoir pour statut :

- *Identité qualifiée* si la cohérence de l'identité numérique a été contrôlée à l'aide d'un dispositif d'identification (pièce d'identité à haut niveau de confiance ou authentification électronique de niveau au moins substantiel au sens du règlement européen eIDAS) ;
- *Identité récupérée* si la cohérence de l'identité numérique n'a pas été contrôlée à l'aide d'une pièce d'identité à haut niveau de confiance.

Cet indicateur pourra être suivi sur la plateforme OSIS (observatoire des systèmes d'information en santé)². **Pour les structures prenant en charge de nombreux usagers étrangers (régions touristiques, transfrontalières...) et s'il n'est pas possible d'exclure du dénominateur les identités des usagers ne disposant pas d'INS, les résultats des indicateurs seront biaisés (résultats par défaut).**

b) Taux d'identités au statut *identité qualifiée*

Cet indicateur mesure le taux d'INS au statut *identité qualifiée*. Pour mémoire, seul le statut identité qualifiée permet la transmission du matricule INS aux outils métiers des établissements et l'utilisation de ce matricule INS pour référencer, échanger et partager des documents de santé.

Le taux d'identités qualifiées témoigne de la bonne interrogation du téléservice avec récupération de l'INS ET de la réalisation du contrôle de cohérence de cette identité avec l'identité présente sur un dispositif d'identification (pièce d'identité de haut niveau de confiance ou authentification électronique de niveau au moins substantiel au sens du règlement européen eIDAS).

Le taux d'identités qualifiées est un sous-ensemble du taux d'INS et également un sous-ensemble du taux d'identités validées.

Cet indicateur pourra être suivi sur la plateforme OSIS (observatoire des systèmes d'information en santé)³. **Pour les structures prenant en charge de nombreux usagers étrangers (régions touristiques, transfrontalières...) et s'il n'est pas possible d'exclure du dénominateur les identités des usagers ne disposant pas d'INS, les résultats des indicateurs seront biaisés (résultats par défaut).**

c) Taux d'identités au statut *identité récupérée*

Cet indicateur mesure le taux d'INS au statut *identité récupérée*. Le statut *identité récupérée* doit être un statut transitoire. Ces identités doivent être validées (contrôle de cohérence avec l'identité présente sur une pièce d'identité à haut niveau de confiance) pour passer à l'état *identité qualifiée*. Cet indicateur est inclus dans l'indicateur taux d'INS.

Cet indicateur pourra être suivi sur la plateforme OSIS (observatoire des systèmes d'information en santé)³. **Pour les structures prenant en charge de nombreux usagers étrangers (régions touristiques, transfrontalières...) et s'il n'est pas possible d'exclure du dénominateur les identités des usagers ne disposant pas d'INS, les résultats des indicateurs seront biaisés (résultats par défaut).**

² En attente d'arbitrage national

³ En attente d'arbitrage national

d) Taux d'identités présentant un matricule INS identique et des traits d'identités différents

Cet indicateur est destiné à identifier des mésusages :

- Possibilité donnée par le logiciel de modifier les traits de l'INS sans suppression du matricule INS
- Possibilité de saisir manuellement un matricule INS sans appel au téléservice de récupération ou de vérification

Si votre éditeur de référentiel identité respecte les exigences du RNIV et du guide d'implémentation de l'INS à l'usage des éditeurs, cet indicateur n'est pas pertinent à suivre.

e) Taux de doublon de flux d'INS

Un doublon de flux est un doublon dépisté ou créé à l'occasion de la venue de l'utilisateur dans la structure (par opposition aux doublons de stock qui sont dépistés lors d'une analyse complète du référentiel identité sans que l'utilisateur se soit présenté dans l'établissement).

Cet indicateur permet aux structures qui le souhaitent d'affiner leur indicateur taux de doublon de flux (cf. IV.2.a) en distinguant les doublons d'INS. En général, le suivi du taux de doublons de flux est suffisant pour suivre la qualité de la base patient.

f) Part des doublons d'INS dans les doublons

Cet indicateur permet aux structures qui le souhaitent d'affiner leur indicateur taux de doublon de flux (cf.III.2.a) en identifiant la part représentée par les doublons d'INS.

2. Autres indicateurs

a) Taux d'identités au statut *identité validée*

Cet indicateur permet d'évaluer la qualité des identités peuplant le référentiel identité. Le taux d'identités validées témoigne de la réalisation d'un contrôle de cohérence de l'identité numérique locale avec un titre d'identité à haut niveau de confiance. Le taux d'identité qualifiée est un sous-ensemble du taux d'identités validées .

b) Taux d'identités au statut identité provisoire

Cet indicateur mesure le taux d'identité restant à fiabiliser.

c) Taux de doublon de flux

Un doublon de flux est un doublon dépisté ou créé à l'occasion de la venue de l'utilisateur dans la structure c'est-à-dire au fil de l'eau. On parle de doublon de flux par opposition aux doublons de stock qui sont dépistés lors d'une analyse complète du référentiel identité sans que l'utilisateur se soit présenté dans l'établissement).

Cet indicateur permet d'évaluer la qualité de la base patient et des pratiques d'accueil et d'identification du patient par les professionnels. Il est conseillé de le suivre.

d) Taux de doublons traités moins de 72 heures après avoir été dépistés : taux de fusion précoce

Cet indicateur reflète l'adéquation entre la charge de travail et les ressources disponibles au sein de la cellule opérationnelle d'identitovigilance.

e) Nombre et/ou taux de collision

Cet indicateur reflète le respect des bonnes pratiques de recherche d'une identité dans le système d'information en santé mais aussi les usurpations d'identité qui pourraient survenir dans la structure, certains établissements étant plus à risque que d'autres. Il est conseillé de suivre cet indicateur.

f) Nombre et/ou taux d'usurpation d'identité

Cet indicateur permet à la structure d'évaluer le risque auquel elle est confrontée et de pouvoir renforcer la formation du personnels et les mesures de préventions (information de l'usager, création de doublons si doute...)

g) Rapport fusion sur doublon

Cet indicateur permet d'estimer la charge de travail de la cellule opérationnelle d'identitovigilance et l'adéquation des ressources aux besoins.

Suivi des évènements indésirables associés aux soins

Les évènements indésirables associés aux soins doivent être déclarés, suivis et analysés.

On distingue classiquement :

- **les évènements porteurs de risques** également appelés presque accidents. Il s'agit d'évènements qui n'ont pas causé de conséquence grave pour le patient et dont l'analyse méthodique favorisera la compréhension des causes de survenue mais aussi celles des modalités de récupération ayant permis à temps sa détection et son traitement. Ces évènements porteurs de risques sont de gravité G1 mineure, ou G2 significative dans la classification proposée par la Haute Autorité de Santé (HAS) ;
- **les évènements indésirables.** Il s'agit d'évènements qui entraînent des conséquences graves (niveau de gravité 3 majeure, 4 critique ou 5 catastrophique dans la classification proposée par la HAS). Pour rappel le décret N° 2016-1606 du 25 novembre 2016 rend obligatoire la déclaration de tout évènement indésirable grave associé aux soins (EIGAS) défini comme un évènement inattendu au regard de l'état de santé et de la pathologie de la personne et dont les conséquences sont le décès, la mise en jeu du pronostic vital, la survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent, y compris une anomalie ou une malformation congénitale.

Niveau de gravité	Impact sur la sécurité des personnes
G1 – Mineure	Conséquences mineures sans préjudice (Ex : retard simple)
G2 – Significative	Incident avec préjudice temporaire (Ex : retard avec désorganisation de la prise en charge)
G3 – Majeure	Incident avec impact (ex : report, prolongation anormale de l'hospitalisation, transfert non prévu en réanimation, perte de fonction transitoire)
G4 - Critique	Conséquences graves (ex : ré-intervention, préjudice ayant un retentissement sur la vie quotidienne, incapacité partielle permanente).
G5 - Catastrophique	Conséquences très graves (ex : invalidité permanente, séquelles graves, décès).

En identitovigilance, il est conseillé de distinguer les évènements indésirables selon leur cause

- Liés à une erreur d'identification primaire ;
- Liés à une erreur d'identification secondaire ;

car les actions préventives et/ou correctives ne s'adressent pas aux mêmes catégories de personnels et sont de nature très différentes.

1. Évènements indésirables liés à une erreur d'identification primaire

Pour tous les indicateurs liés à l'identification primaire, le dénominateur choisi est un nombre de passages au sens large (hospitalisation, consultations, rendez-vous pour actes...). En effet, une erreur d'identification primaire peut survenir chaque fois qu'un usager sera recherché ou créé dans le référentiel identité ou dans le système d'information.

a) Taux d'évènements porteurs de risques ayant pour origine une erreur d'identification primaire des usagers (EPRADM)

Il peut s'agir de création de doublons, d'erreurs lors de la création d'une identité locale, d'erreurs d'attribution d'une identité nationale de santé, de collisions sans conséquence patient. Dans certains établissements, ces évènements ne font pas l'objet d'une déclaration d'évènements indésirables mais sont suivis dans les indicateurs d'identification primaire listés infra.

b) Taux d'évènements indésirables ayant pour origine une erreur d'identification primaire des usagers (EIADM)

On définit comme évènements indésirables les évènements de gravité G3, G4 ou G5 selon la classification proposée par la HAS. Les évènements de gravité G4 et G5 doivent obligatoirement faire l'objet d'une fiche de signalement des évènements indésirables et d'un signalement sur le portail national de déclaration des évènements indésirables graves. Chacun d'entre eux doit donner lieu à une analyse des causes utilisant une méthode adaptée (type ALARM).

Il peut s'agir par exemple :

- d'une erreur de sélection de dossier (collision) entraînant une décision inappropriée (thérapeutique à l'origine d'un choc anaphylactique grave) ;
- de la présence d'un doublon de dossier ne permettant pas à l'équipe soignante de disposer de tous les éléments nécessaires (pratique d'un examen invasif entraînant des séquelles pour l'utilisateur suite à un aléa thérapeutique alors que cet examen n'aurait pas été nécessaire si l'équipe avait eu connaissance de l'ensemble des éléments du dossier)

2. Évènements indésirables liés à une erreur d'identification secondaire

Une erreur d'identification secondaire peut survenir chaque fois qu'un acte ou un soin est réalisé à un usager. Les systèmes d'informations ne permettant pas d'obtenir de façon simple le nombre d'actes, de soins, il a été décidé que le dénominateur serait la somme du nombre de journée d'hospitalisation, des consultations aux urgences et des rendez-vous externes (kiné, biologie, imagerie...), le nombre d'actes de soins étant globalement proportionnel à la durée de l'hospitalisation.

a) Taux d'évènements porteurs de risques ayant pour origine une erreur d'identification secondaire des usagers (EPRSECOND)

Il peut d'agir par exemple d'une discordance d'identité entre un prélèvement et une prescription, de la non identification d'un prélèvement biologique, d'une erreur de patient en imagerie médicale arrêtée avant la réalisation de l'acte, d'une erreur d'administration médicamenteuse sans conséquence pour l'utilisateur...

c) Taux d'évènements indésirables ayant pour origine une erreur d'identification secondaire des usagers (EISECOND)

Les évènements de gravité G4 ou G5 selon la classification proposée par la HAS doivent obligatoirement faire l'objet d'une fiche de signalement des évènements indésirables et d'un signalement sur le portail national de déclaration des évènements indésirables graves. Ces évènements doivent faire l'objet d'une analyse des causes utilisant une méthode adaptée (type ALARM).

Il peut s'agir par exemple :

- d'une erreur de côté en chirurgie
- de la réalisation d'un scanner injecté au « mauvais » patient aboutissant à un choc anaphylactique grave en raison de l'allergie du patient...

Suivi des non conformités de biologie médicale

Les laboratoires de biologie médicale dans le cadre de l'accréditation des laboratoires sont tenus de suivre les non conformités en les séparant par catégorie (pré analytique, analytique, post analytique).

Les erreurs liées à l'identification des prélèvements ou des prescriptions font partie en règle générale des non conformités pré analytiques. Il est recommandé que les non conformités relevées dans le cadre du processus pré analytique et liées à l'identitovigilance soient suivies par le comité d'identitovigilance car elles reflètent des pratiques non optimales des équipes soignantes. Il est conseillé de suivre ces non-conformités par services cliniques afin de pouvoir cibler les actions d'amélioration (formation) à mener.

1. Tous les documents du dossier patient sont identifiés : Taux de conformité

Cet indicateur peut être suivi par audit de dossier patient (dossier patient informatisé y compris dossier des urgences ou dossier unique informatisé dans le secteur médico-social). Pour les établissements de santé qui le souhaitent, cet audit peut être réalisé à l'occasion d'un recueil IPAQSS⁴. Il s'agit de vérifier par observation que tous les documents présents dans le dossier sont identifiés en incluant les ECG et autres résultats « bruts » qui pourraient être présents. Les non conformités sont en général relevées sur les « résultats bruts » sortant d'appareils biomédicaux et non sur les documents produits dans le DPI, le SGL ou l'outil d'imagerie par exemple.

2. Taux de documents référencés avec l'INS

Depuis le premier janvier 2021, l'identité nationale de santé doit être utilisée pour référencer les documents de santé.

Le taux de documents référencés avec l'INS est un indicateur qui sera probablement suivi au niveau national. L'objectif affiché dans la doctrine technique du numérique en santé est que fin 2022, 90% des documents échangés soient référencés avec l'identité nationale de santé.

Indicateurs de formation du personnel

Il est indispensable de former le personnel pour garantir l'application des bonnes pratiques, que ce soit en identification primaire ou en identification secondaire. Le suivi de l'indicateur taux de personnel formé permet de suivre l'efficacité du programme de formation.

Idéalement le taux de formation du personnel doit être suivi de façon fine, par catégorie professionnelle afin d'avoir une vision précise des populations compliantes ou non à la formation.

Ce suivi très fin est parfois difficile selon les outils de suivi des ressources humaines disponibles dans les établissements. Il est néanmoins indispensable de différencier trois grandes catégories de personnels :

- personnels administratifs et médico-administratifs
- personnels soignants paramédicaux et médico-techniques

Le GRIVES vous propose donc deux indicateurs différents. Chaque établissement choisit de suivre l'indicateur le plus adapté.

1. Taux de formation du personnel par grandes catégories professionnelles.

Cet indicateur distingue deux catégories professionnelles :

- personnels en charge de l'accueil et de l'enregistrement de l'utilisateur (identification primaire)
- personnels soignants (identification secondaire)

bien que des soignants puissent également réaliser des opérations d'identification primaire (infirmier des urgences, sélection d'un patient dans le système d'information hospitalier lors d'une consultation...)

2. Taux de formation du personnel par catégorie spécifique de personnels.

Cet indicateur permet de réaliser un suivi très fin du taux de formation par catégories professionnelles, il permet d'identifier les populations pour lesquelles les actions de formation doivent être renforcées.

Les cartes d'identités des indicateurs

⁴ Indicateur de qualité et de sécurité des soins



Carte d'identité de l'indicateur

IDINS : Taux d'identités numériques possédant un matricule INS (statut identité récupérée ou statut identité qualifiée -file active)

Date mise en place initiale	01/01/2021	Rédacteur	GRIVES – Groupe de travail Indicateurs 3RIV-ANS	Version	1
Date modification		Rédacteur		Nature de la modification	
Date d'arrêt		Rédacteur		Motif	

Construction – Mode de calcul

Finalité de l'indicateur		Échantillonnage		Niveau de mesure :	
Évaluer la qualité du peuplement des référentiels identités par des INS.		Ensemble des patients venus pendant la période de mesure		<input checked="" type="checkbox"/> Établissement <input checked="" type="checkbox"/> Service	
Numérateur	Nombre d'identités numériques au statut <i>identité récupérée</i> et au statut <i>identité qualifiée</i>	Source des données	<input checked="" type="checkbox"/> Référentiel d'identités de la structure		
Dénominateur	Nombre total de patients venus pendant la période de mesure hors identités avec attribut <i>identité fictive</i> ou <i>identité douteuse</i>	Origine des données	<input checked="" type="checkbox"/> Requête informatique nombre d'identités au statut <i>identité validée</i>		
<input type="checkbox"/> Pourcentage <input type="checkbox"/> Nombre		Recueil : <input type="checkbox"/> Annuel <input type="checkbox"/> Semestriel <input checked="" type="checkbox"/> Trimestriel <input type="checkbox"/> Mensuel			
Responsable(s) du recueil		<input checked="" type="checkbox"/> Référent en identitovigilance	Responsable de l'analyse		<input checked="" type="checkbox"/> Référent en identitovigilance

Interprétation et communication des résultats

Interprétation des résultats	Un taux faible d'identités au statut <i>identité récupérée</i> ou au statut <i>identité qualifiée</i> peut témoigner : D'un défaut d'appel au téléservice INSi, (professionnels non formés), d'un défaut d'organisation (charge de travail), d'un taux d'échec élevé de réponse du téléservice, d'une mauvaise qualité des identités en stock (difficilement rapprochables des INS proposées par le téléservice) Cela doit entraîner une réflexion sur les organisations, la ressource en personnels de secrétariat et d'accueil (disponibilité, formation) et/ou la possibilité de réaliser cette opération en backoffice. Le taux d'identités qualifiées peut être plus faible si la structure réalise un nombre important d'actes dans le cadre de la sous-traitance ⁵				
Biais possible	Si impossibilité de distinguer les identités avec attributs <i>identité douteuse</i> ou <i>identité fictive</i> , ou présence de nombreux touristes étrangers : résultats par défaut. identité présentant un matricule INS sans remplacement des traits locaux par les traits INS (non-respect par l'éditeur du référentiel)				
Objectif chiffré	> 80% ⁶ .		Référence(s) existante(s) :		
Seuil d'alerte	< 60%		<input type="checkbox"/> Régionale (date) : (score) <input type="checkbox"/> Nationale (date) : (score)		
Mode(s) de communication	<input checked="" type="checkbox"/> Comité d'identitovigilance <input checked="" type="checkbox"/> Tableau de bord identitovigilance <input type="checkbox"/> Autres (à préciser) :		Destinataire(s)	<input checked="" type="checkbox"/> Direction de l'établissement - CME - CME <input checked="" type="checkbox"/> Comité d'identitovigilance <input checked="" type="checkbox"/> Personnels de l'établissement <input checked="" type="checkbox"/> GRIVES <input type="checkbox"/> Instances nationales <input type="checkbox"/> Autres (à préciser) :	
Lieu d'archivage des résultats			<i>Indiquer ici le lieu d'archivage des résultats</i>		
Périodicité d'actualisation/vérification de la carte d'identité			Annuelle		
Abréviation(s) utilisée(s) - Définitions			3RIV : Réseau des référents régionaux en identitovigilance ANS : Agence du numérique en santé INS : Identité nationale de santé GRIVES : Groupe régional d'identitovigilance en santé		

⁵ En particulier si les clients n'envoient pas d'identité qualifiées, si les flux ne permettent pas d'identifier le statut qualifié, s'il n'y a pas de contrat de confiance entre le prestataire et le client

⁶ Les établissements s'étant fixés des objectifs supérieurs doivent les conserver



Carte d'identité de l'indicateur

IDQUA : Taux d'identités numériques au statut identité qualifiée (file active)

Date mise en place initiale	01/01/2021	Rédacteur	GRIVES – Groupe de travail Indicateurs 3RIV-ANS		Version	1
Date modification		Rédacteur		Nature de la modification		Version
Date d'arrêt		Rédacteur		Motif		
Construction – Mode de calcul						
Finalité de l'indicateur			Échantillonnage		Niveau de mesure :	
Évaluer le peuplement du référentiel identités par des identités numériques au statut <i>identité qualifiée</i> , seul statut permettant d'utiliser le matricule INS pour référencer, échanger et partager les données de santé			Ensemble des patients venus pendant la période de mesure		<input checked="" type="checkbox"/> Établissement <input type="checkbox"/> Service	
Numérateur	Nombre d'identités numériques au statut <i>identité qualifiée</i>		Source des données	<input checked="" type="checkbox"/> Référentiel d'identités de la structure		
Dénominateur	Nombre total de patients venus pendant la période de mesure hors identités avec attribut <i>identité fictive</i> ou <i>identité douteuse</i>		Origine des données	<input checked="" type="checkbox"/> Requête informatique nombre d'identités au statut identité qualifiée (identité validée ET comportant un matricule INS)		
<input checked="" type="checkbox"/> Pourcentage <input type="checkbox"/> Nombre		Recueil : <input type="checkbox"/> Annuel <input type="checkbox"/> Semestriel <input checked="" type="checkbox"/> Trimestriel <input type="checkbox"/> Mensuel				
Responsable(s) du recueil		<input checked="" type="checkbox"/> Référent en identitovigilance		Responsable de l'analyse		<input checked="" type="checkbox"/> Référent en identitovigilance
Interprétation et communication des résultats						
Interprétation des résultats	<p>Un taux faible d'identités numériques au statut <i>identité qualifiée</i> témoigne de la difficulté de faire évoluer les identités vers le statut permettant l'usage sans réserve de l'INS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - soit en termes de récupération et/ou de validation de l'identité en front office (manque de temps ?) ou en back office (manque de ressources, défaut de recueil des titres d'identité ?) ; - soit en termes de formation/information des personnels habilités à créer/modifier une identité numérique <p>Le taux d'identités qualifiées peut être plus faible si la structure réalise un nombre important d'actes dans le cadre de la sous-traitance⁷</p>					
Biais possible	Si impossibilité de distinguer les identités avec attributs <i>identité douteuse</i> ou <i>identité fictive</i> , ou présence de nombreux touristes étrangers : résultats par défaut					
Objectif chiffré	> 50% (dans un premier temps, l'objectif étant de tendre à 90% en 2022 selon la Doctrine du Numérique en Santé) ⁸ .			Référence(s) existante(s) :		
Seuil d'alerte	< 30%			<input type="checkbox"/> Régionale (date) : (score) <input type="checkbox"/> Nationale (date) : (score)		
Mode(s) de communication	<input checked="" type="checkbox"/> Comité d'identitovigilance <input checked="" type="checkbox"/> Tableau de bord identitovigilance <input type="checkbox"/> Autre (à préciser)		Destinataire(s)		<input checked="" type="checkbox"/> Direction de l'établissement - CME <input checked="" type="checkbox"/> Comité d'identitovigilance <input checked="" type="checkbox"/> Personnels de l'établissement <input checked="" type="checkbox"/> GRIVES <input type="checkbox"/> Instances nationales <input type="checkbox"/> Autre (à préciser)	
Lieu d'archivage des résultats			<i>Indiquer ici le lieu d'archivage des résultats</i>			
Périodicité d'actualisation/vérification de la carte d'identité			Annuelle			
Abréviation(s) utilisée(s) - Définitions			3RIV : Réseau des référents régionaux en identitovigilance ANS : Agence du numérique en santé INS : Identité nationale de santé			

⁷ En particulier si les clients n'envoient pas d'identité qualifiées, si les flux ne permettent pas d'identifier le statut qualifié, s'il n'y a pas de contrat de confiance entre le prestataire et le client

⁸ Les établissements s'étant fixé des objectifs supérieurs doivent les conserver



Carte d'identité de l'indicateur

IDREC : Taux d'identités numériques au statut identité récupérée (file active)

Date mise en place initiale	01/01/2021	Rédacteur	GRIVES – Groupe de travail Indicateurs 3RIV-ANS	Version	1
Date modification		Rédacteur		Nature de la modification	
Date d'arrêt		Rédacteur		Motif	

Construction – Mode de calcul

Finalité de l'indicateur		Échantillonnage		Niveau de mesure :	
Évaluer le peuplement des référentiels identités par des identités numériques au statut <i>identité récupérée</i> (appel au téléservice INSi sans contrôle de cohérence avec une pièce d'identité).		Ensemble des patients venus pendant la période de mesure		<input checked="" type="checkbox"/> Établissement <input type="checkbox"/> Service	
Numérateur	Nombre d'identités numériques au statut <i>identité récupérée</i>	Source des données	<input checked="" type="checkbox"/> Référentiel d'identités de la structure		
Dénominateur	Nombre total de patients venus pendant la période de mesure hors identités avec attribut <i>identité fictive</i> ou <i>identité douteuse</i>	Origine des données	<input checked="" type="checkbox"/> Requête informatique nombre d'identités au statut <i>identité récupérée</i> (identité au statut provisoire ET comportant un matricule INSi)		
<input checked="" type="checkbox"/> Pourcentage <input type="checkbox"/> Nombre		Recueil : <input type="checkbox"/> Annuel <input type="checkbox"/> Semestriel <input checked="" type="checkbox"/> Trimestriel <input checked="" type="checkbox"/> Mensuel			
Responsable(s) du recueil		<input checked="" type="checkbox"/> Référent en identitovigilance		Responsable de l'analyse	
				<input checked="" type="checkbox"/> Référent en identitovigilance	

Interprétation et communication des résultats

Interprétation des résultats	<p>Un taux élevé d'identités numériques au statut <i>identité récupérée</i> témoigne de la difficulté de les faire évoluer vers un statut <i>identité qualifiée</i> soit en termes de validation de l'identité en front office (manque de temps ?) ; soit en termes de validation en back office (manque de ressources, défaut de recueil des titres d'identité ?).</p> <p>Un taux faible d'identités numériques au statut <i>identité récupérée</i> peut venir d'un taux élevé d'identité qualifiée, ou de la non-acceptation d'INS pour cause de différence avec l'identité numérique locale (par exemple, identité locale DUBOIS Jean Claude vs INS DUBOIS Jean-Claude).</p>				
Biais possible	Si impossibilité de distinguer les identités avec attributs <i>identité douteuse</i> ou <i>identité fictive</i> ou présence de nombreux touristes étrangers : résultats par défaut.				
Objectif chiffré	< 10%		Référence(s) existante(s) :		
Seuil d'alerte	> 30%, à corrélér en fonction des indicateurs <i>identité validée</i> et <i>identité qualifiée</i>		<input type="checkbox"/> Régionale (date) : (score) <input type="checkbox"/> Nationale (date) : (score)		
Mode(s) de communication	<input checked="" type="checkbox"/> Comité d'identitovigilance <input checked="" type="checkbox"/> Tableau de bord identitovigilance <input type="checkbox"/> Autre (à préciser)		Destinataire(s)		<input checked="" type="checkbox"/> Direction de l'établissement - CME <input checked="" type="checkbox"/> Comité d'identitovigilance <input checked="" type="checkbox"/> Personnels de l'établissement <input checked="" type="checkbox"/> GRIVES <input checked="" type="checkbox"/> Instances nationales <input type="checkbox"/> Autre (à préciser)
Lieu d'archivage des résultats			<i>Indiquer ici le lieu d'archivage des résultats</i>		
Périodicité d'actualisation/vérification de la carte d'identité			Annuelle		
Abréviation(s) utilisée(s) - Définitions			3RIV : Réseau des référents régionaux en Identitovigilance ANS : Agence du numérique en santé INS : Identité nationale de santé GRIVES : Groupe régional d'identitovigilance en santé		



Carte d'identité de l'indicateur

MATINSID : Taux d'identités numériques possédant un même matricule INS et des traits d'identités différents (file active)

Date mise en place initiale	01/01/2021	Rédacteur	GRIVES – Groupe de travail Indicateurs 3RIV-ANS	Version	1
Date modification		Rédacteur		Nature de la modification	
Date d'arrêt		Rédacteur		Motif	

Construction – Mode de calcul

Finalité de l'indicateur		Échantillonnage		Niveau de mesure : <input checked="" type="checkbox"/> Établissement <input type="checkbox"/> Service
Évaluer les mésusages de l'INS (non remplacement des traits locaux par des traits INS, saisie manuelle d'un matricule INS sur une identité...). Le suivi de cet indicateur est inutile si le système d'information ne permet pas de saisir manuellement un matricule INS, si la modification d'un trait strict entraîne automatiquement la suppression du matricule INS		Ensemble des patients venus pendant la période de mesure		
Numérateur	Nombre d'identités numériques possédant le même matricule INS et des traits d'identités différents	Source des données	<input checked="" type="checkbox"/> Référentiel d'identités de la structure	
Dénominateur	Nombre total de patients venus pendant la période de mesure hors identités avec attribut <i>identité fictive</i> ou <i>identité douteuse</i>	Origine des données	<input checked="" type="checkbox"/> Requête informatique nombre d'identités possédant le même matricule INS et des traits d'identités différents	
<input type="checkbox"/> Pourcentage <input type="checkbox"/> Nombre	Recueil : <input type="checkbox"/> Annuel <input type="checkbox"/> Semestriel <input checked="" type="checkbox"/> Trimestriel <input type="checkbox"/> Mensuel			
Responsable(s) du recueil	<input checked="" type="checkbox"/> Référent en identitovigilance	Responsable de l'analyse	<input checked="" type="checkbox"/> Référent en identitovigilance	

Interprétation et communication des résultats

Interprétation des résultats	La présence d'identités possédant le même matricule INS et des traits stricts de référence différents témoigne : - d'un non-respect des exigences du RNIV qui prévoit que les traits de référence doivent remplacer les traits locaux quand l'INS est récupérée - d'une saisie manuelle d'un matricule INS sans utilisation du téléservice. Le dépistage de telles anomalies doit conduire la structure à mener rapidement des actions de formation auprès de son personnel, voire à renforcer la fréquence de recueil de l'indicateur, à réaliser des retour d'expérience si un presque accident est survenu.		
Biais possible	Cet indicateur peut être calculé uniquement si l'ensemble des champs de l'INS existent dans le référentiel identité		
Objectif chiffré	0%	Référence(s) existante(s) :	
Seuil d'alerte	> 0,1%	<input type="checkbox"/> Régionale (date) : (score)	
Mode(s) de communication	<input checked="" type="checkbox"/> Comité d'identitovigilance <input checked="" type="checkbox"/> Tableau de bord identitovigilance <input type="checkbox"/> Autres (à préciser) :	Destinataire(s)	<input checked="" type="checkbox"/> Direction de l'établissement - CME <input checked="" type="checkbox"/> Comité d'identitovigilance <input checked="" type="checkbox"/> Personnels de l'établissement <input checked="" type="checkbox"/> GRIVES <input type="checkbox"/> Autres (à préciser) :
Lieu d'archivage des résultats	Indiquer ici le lieu d'archivage des résultats		
Périodicité d'actualisation/vérification de la carte d'identité	Annuelle		
Abréviation(s) utilisée(s) - Définitions	3RIV : Réseau des référents régionaux en identitovigilance ANS : Agence du numérique en santé INS : Identité nationale de santé GRIVES : Groupe régional d'identitovigilance en santé		



Carte d'identité de l'indicateur

PARTDOUBINS : Part des doublons d'INS (file active)

Date mise en place initiale	01/01/2021	Rédacteur	GRIVES – Groupe de travail Indicateurs 3RIV-ANS	Version	1
Date modification		Rédacteur		Nature de la modification	
Date d'arrêt		Rédacteur		Motif	

Construction – Mode de calcul

Finalité de l'indicateur		Échantillonnage		Niveau de mesure :	
Évaluer la part des doublons d'INS dans les doublons		Totalité des doublons dépistés		<input checked="" type="checkbox"/> Établissement <input type="checkbox"/> Service	
Numérateur	Nombre de doublons d'INS dépistés par unité de temps	Source des données	<input checked="" type="checkbox"/> Référentiel d'identité de la structure		
Dénominateur	Nombre total de doublons d'identité dépistés par unité de temps	Origine des données	<input checked="" type="checkbox"/> Déclaration de doublons <input checked="" type="checkbox"/> Requêtes informatiques - Nombre d'identité possédant des traits de référence identiques et un matricule INS identique - Nombre de doublons dépistés (parfaits et imparfaits) <i>(vous pouvez préciser ici le nom du logiciel de requête)</i>		
<input checked="" type="checkbox"/> Pourcentage <input type="checkbox"/> Nombre	Recueil : <input type="checkbox"/> Annuel <input type="checkbox"/> Semestriel <input checked="" type="checkbox"/> Trimestriel <input checked="" type="checkbox"/> Mensuel				
Responsable(s) du recueil	<input checked="" type="checkbox"/> Référent local en identitovigilance		Responsable de l'analyse	<input checked="" type="checkbox"/> Référent local en identitovigilance	

Interprétation et communication des résultats

Interprétation des résultats	Si les bonnes pratiques de recherche sont respectées, il ne doit pas y avoir de création de doublon d'INS. La présence de doublons d'INS témoigne d'un manque de formation des personnels ou de l'absence de respect des bonnes pratiques de recherche et de création d'une identité.				
Biais possible	1. Le dépistage des doublons n'est possible que si l'utilisateur respecte les bonnes pratiques de recherche d'un patient dans le SIS. La recherche uniquement par IPP ne permet pas le dépistage des doublons de flux. 2. Cet indicateur est basé sur le dépistage des anomalies par la vigilance des utilisateurs et la déclaration des anomalies à la cellule opérationnelle d'identitovigilance. 3. L'utilisation d'un logiciel d'identitovigilance facilite le recueil et l'exhaustivité.				
Objectif chiffré	< 10%		Référence(s) existante(s) : <input type="checkbox"/> Régionale (date) : (score)		
Seuil d'alerte	> 25%				
Mode(s) de communication	<input checked="" type="checkbox"/> Réunion comité identitovigilance <input checked="" type="checkbox"/> Tableau de bord identitovigilance <input checked="" type="checkbox"/> Séance de sensibilisation du personnel <input type="checkbox"/> Autres (à préciser) :		Destinataire(s)	<input checked="" type="checkbox"/> Direction de l'établissement - CME <input checked="" type="checkbox"/> Comité d'identitovigilance <input checked="" type="checkbox"/> Personnels de l'établissement <input checked="" type="checkbox"/> GRIVES <input checked="" type="checkbox"/> Autres (à préciser) :	
Lieu d'archivage des résultats			Indiquer ici le lieu d'archivage des résultats		
Périodicité d'actualisation/vérification de la carte d'identité			Annuelle		
Abréviation(s) utilisée(s) - Définitions			3RIV : Réseau des référents régionaux en identitovigilance ANS : Agence du numérique en santé Doublons de flux : Doublons dépistés à l'occasion d'une venue du patient dans l'établissement de santé. GRIVES : Groupe régional d'identitovigilance en santé INS : Identité nationale de santé IPP : Identifiant permanent patient SIS : Système d'information de santé		



Carte d'identité de l'indicateur

DOUBLONINSFLUX: Taux de doublons de flux d'INS (file active)

Date mise en place initiale	01/01/2021	Rédacteur	GRIVES – Groupe de travail Indicateurs 3RIV-ANS		Version	1
Date modification		Rédacteur		Nature de la modification		Version
Date d'arrêt		Rédacteur		Motif		
Construction – Mode de calcul						
Finalité de l'indicateur			Échantillonnage		Niveau de mesure :	
Evaluer la qualité de la base patient			Totalité des doublons déclarés		<input checked="" type="checkbox"/> Établissement <input type="checkbox"/> Service	
Numérateur	Nombre de doublons de flux d'identités au statut <i>identité qualifiée</i> ou au statut <i>identité récupérée</i> dépistés par unité de temps lors d'un passage		Source des données		<input checked="" type="checkbox"/> Référentiel d'identité de la structure	
Dénominateur	Nombre de passages (hospitalisations conventionnelles, ambulatoires, séances, consultations, rendez-vous imagerie et biologie) par unité de temps		Origine des données		<input checked="" type="checkbox"/> Déclaration de doublons <input checked="" type="checkbox"/> Requêtes informatiques : nombre d'identité possédant des traits de référence identiques et un matricule INS identique <i>(vous pouvez préciser ici le nom du logiciel de requête)</i>	
<input checked="" type="checkbox"/> Pourcentage <input type="checkbox"/> Nombre		Recueil : <input type="checkbox"/> Annuel <input type="checkbox"/> Semestriel <input checked="" type="checkbox"/> Trimestriel <input type="checkbox"/> Mensuel				
Responsable(s) du recueil		<input checked="" type="checkbox"/> Référent local en identitovigilance		Responsable de l'analyse		<input checked="" type="checkbox"/> Référent local en identitovigilance
Interprétation et communication des résultats						
Interprétation des résultats	La dégradation de l'indicateur doit amener à organiser des actions ciblées de formation du personnel concernant la recherche et la création d'identité dans le SIS					
Biais possible	1. Le dépistage des doublons n'est possible que si l'utilisateur respecte les bonnes pratiques de recherche d'un patient dans le SIS. La recherche uniquement par IPP ne permet pas le dépistage des doublons de flux. 2. Cet indicateur est basé sur le dépistage des anomalies par la vigilance des utilisateurs et la déclaration des anomalies à la cellule opérationnelle d'identitovigilance. 3. L'utilisation d'un logiciel d'identitovigilance facilite le recueil et l'exhaustivité.					
Objectif chiffré	< 0,1%			Référence(s) existante(s) :		
Seuil d'alerte	> 0,5%			<input type="checkbox"/> Régionale (date) : (score)		
Mode(s) de communication	<input checked="" type="checkbox"/> Réunion comité identitovigilance <input checked="" type="checkbox"/> Tableau de bord identitovigilance <input checked="" type="checkbox"/> Séance de sensibilisation du personnel <input type="checkbox"/> Autres (à préciser) :		Destinataire(s)		<input checked="" type="checkbox"/> Direction de l'établissement - CME <input checked="" type="checkbox"/> Comité d'identitovigilance <input checked="" type="checkbox"/> Personnels de l'établissement <input checked="" type="checkbox"/> GRIVES <input type="checkbox"/> Autres (à préciser) :	
Lieu d'archivage des résultats			<i>Indiquer ici le lieu d'archivage des résultats</i>			
Périodicité d'actualisation/vérification de la carte d'identité			Annuelle			
Abréviation(s) utilisée(s) - Définitions			3RIV : Réseau des référents régionaux en identitovigilance ANS : Agence du numérique en santé Doublons de flux : Doublons dépistés à l'occasion d'une venue du patient dans l'établissement de santé. GRIVES : Groupe Régional d'Identitovigilance en santé INS : Identité nationale de santé IPP : Identifiant Permanent Patient SIS : Système d'information de santé			



Carte d'identité de l'indicateur

IDVAL : Taux d'identités numériques au statut identité validée (file active)

Date mise en place initiale	01/01/2021	Rédacteur	GRIVES– GT indicateurs 3RIV – ANS		Version	1	
Date modification		Rédacteur		Nature de la modification		Version	
Date d'arrêt		Rédacteur		Motif			
Construction – Mode de calcul							
Finalité de l'indicateur			Échantillonnage		Niveau de mesure :		
Évaluer la qualité de la base patient et le peuplement des référentiels identifiés par des identités numériques au statut <i>identité validée</i> .			Ensemble des patients venus pendant la période de mesure		<input checked="" type="checkbox"/> Établissement <input type="checkbox"/> Service		
Numérateur	Nombre d'identités numériques au statut <i>identité validée</i> et au statut <i>identité qualifiée</i>		Source des données	<input checked="" type="checkbox"/> Référentiel d'identités de la structure			
Dénominateur	Nombre total de patients venus pendant la période de mesure hors identités avec attribut <i>identité fictive</i> ou <i>identité douteuse</i>		Origine des données	<input checked="" type="checkbox"/> Requête informatique nombre d'identités au statut <i>identité validée</i>			
<input checked="" type="checkbox"/> Pourcentage <input type="checkbox"/> Nombre		Recueil : <input type="checkbox"/> Annuel <input type="checkbox"/> Semestriel <input checked="" type="checkbox"/> Trimestriel <input type="checkbox"/> Mensuel					
Responsable(s) du recueil		<input checked="" type="checkbox"/> Référent en identitovigilance		Responsable de l'analyse		<input checked="" type="checkbox"/> Référent en identitovigilance	
Interprétation et communication des résultats							
Interprétation des résultats	Un taux faible d'identités au statut <i>identité validée</i> ou au statut qualifié témoigne d'un défaut de contrôle de cohérence de l'identité numérique locale avec un titre d'identité à haut niveau de confiance. Ce résultat doit entraîner une réflexion sur les organisations, la ressource en personnels de secrétariat et d'accueil (disponibilité, formation) et/ou la possibilité de réaliser cette opération en backoffice. Il peut également témoigner d'un faible taux de présentation de pièces d'identité par l'utilisateur. Des campagnes d'information peuvent alors être utiles pour sensibiliser les usagers. Le taux d'identités qualifiées peut être plus faible si la structure réalise un nombre important d'actes dans le cadre de la sous-traitance ⁹						
Biais possible	Si impossibilité de distinguer les identités avec attributs <i>identité douteuse</i> ou <i>identité fictive</i> , résultats par défaut						
Objectif chiffré	> 60% ¹⁰ .			Référence(s) existante(s) :			
Seuil d'alerte	< 30%			<input type="checkbox"/> Régionale (date) : (score) <input type="checkbox"/> Nationale (date) : (score)			
Mode(s) de communication	<input checked="" type="checkbox"/> Comité d'identitovigilance <input checked="" type="checkbox"/> Tableau de bord identitovigilance <input type="checkbox"/> Autres (à préciser) :		Destinataire(s)	<input checked="" type="checkbox"/> Direction de l'établissement - CME <input checked="" type="checkbox"/> Comité d'identitovigilance <input checked="" type="checkbox"/> Personnels de l'établissement <input checked="" type="checkbox"/> GRIVES <input checked="" type="checkbox"/> Instances nationales <input type="checkbox"/> Autres (à préciser) :			
Lieu d'archivage des résultats			Indiquer ici le lieu d'archivage des résultats				
Périodicité d'actualisation/vérification de la carte d'identité			Annuelle				
Abréviation(s) utilisée(s)			3RIV : Réseau des référents régionaux en identitovigilance ANS : Agence du numérique en santé INS : Identité nationale de santé GRIVES : Groupe régional d'identitovigilance en santé				

⁹ En particulier si les clients n'envoient pas d'identité qualifiées, si les flux ne permettent pas d'identifier le statut qualifié, s'il n'y a pas de contrat de confiance entre le prestataire et le client

¹⁰ Les établissements s'étant fixés des objectifs supérieurs doivent les conserver



Carte d'identité de l'indicateur

IDPROV : Taux d'identités numériques au statut identité provisoire (file active)

Date mise en place initiale	01/01/2021	Rédacteur	GRIVES– GT indicateurs 3RIV – ANS		Version	1
Date modification		Rédacteur		Nature de la modification		Version
Date d'arrêt		Rédacteur		Motif		
Construction – Mode de calcul						
Finalité de l'indicateur			Échantillonnage		Niveau de mesure :	
Évaluer le taux d'identité restant à qualifier dans le référentiel identité de la structure (appel au téléservice ET contrôle de cohérence avec un dispositif d'identification)			Ensemble des patients venus pendant la période de mesure		<input checked="" type="checkbox"/> Établissement <input type="checkbox"/> Service	
Numérateur	Nombre d'identités numériques au statut <i>identité validée</i> et au statut <i>identité provisoire</i>		Source des données	<input checked="" type="checkbox"/> Référentiel d'identités de la structure		
Dénominateur	Nombre total de patients venus pendant la période de mesure hors identités avec attribut <i>identité fictive</i> ou <i>identité douteuse</i>		Origine des données	<input checked="" type="checkbox"/> Requête informatique nombre d'identités au statut <i>identité provisoire</i> SANS association d'un matricule INS		
<input checked="" type="checkbox"/> Pourcentage <input type="checkbox"/> Nombre		Recueil : <input type="checkbox"/> Annuel <input type="checkbox"/> Semestriel <input checked="" type="checkbox"/> Trimestriel <input type="checkbox"/> Mensuel				
Responsable(s) du recueil		<input checked="" type="checkbox"/> Référent en identitovigilance		Responsable de l'analyse		<input checked="" type="checkbox"/> Référent en identitovigilance
Interprétation et communication des résultats						
Interprétation des résultats	<p>Un taux élevée d'identités au statut <i>identité provisoire</i> témoigne d'un défaut de contrôle de cohérence de l'identité numérique locale avec un titre d'identité à haut niveau de confiance. Ce résultat doit entraîner une réflexion sur les organisations, la ressource en personnels de secrétariat et d'accueil (disponibilité, formation) et/ou la possibilité de réaliser cette opération en backoffice.</p> <p>Il peut également témoigner d'un faible taux de présentation de pièces d'identité par l'utilisateur. Des campagnes d'information peuvent alors être utiles pour sensibiliser les usagers.</p>					
Biais possible	Si impossibilité de distinguer les identités avec attributs <i>identité douteuse</i> ou <i>identité fictive</i> , résultats par excès					
Objectif chiffré	< 30% ¹¹ .			Référence(s) existante(s) :		
Seuil d'alerte	> 50%			<input type="checkbox"/> Régionale (date) : (score) <input type="checkbox"/> Nationale (date) : (score)		
Mode(s) de communication	<input checked="" type="checkbox"/> Comité d'identitovigilance <input checked="" type="checkbox"/> Tableau de bord identitovigilance <input type="checkbox"/> Autres (à préciser) :		Destinataire(s)	<input checked="" type="checkbox"/> Direction de l'établissement - CME <input checked="" type="checkbox"/> Comité d'identitovigilance <input checked="" type="checkbox"/> Personnels de l'établissement <input checked="" type="checkbox"/> GRIVES <input checked="" type="checkbox"/> Instances nationales <input type="checkbox"/> Autres (à préciser) :		
Lieu d'archivage des résultats			Indiquer ici le lieu d'archivage des résultats			
Périodicité d'actualisation/vérification de la carte d'identité			Annuelle			
Abréviation(s) utilisée(s)			3RIV : Réseau des référents régionaux en identitovigilance ANS : Agence du numérique en santé INS : Identité nationale de santé GRIVES : Groupe régional d'identitovigilance en santé			

¹¹ Les établissements s'étant fixés des objectifs inférieurs doivent les conserver



Carte d'identité de l'indicateur

DOUBLONFLUX: Taux de doublons de flux (file active)

Date mise en place initiale	01/06/2014	Rédacteur	GRIVES – Groupe de travail Indicateurs 3RIV-ANS		Version	1
Date modification	01/01/2021	Rédacteur	Manuela Oliver	Nature de la modification	Modification de format de carte d'identité	Version 2
Date d'arrêt		Rédacteur		Motif		
Construction – Mode de calcul						
Finalité de l'indicateur			Échantillonnage		Niveau de mesure :	
Evaluer la qualité de la base patient			Totalité des déclarations de doublons		<input checked="" type="checkbox"/> Établissement <input type="checkbox"/> Service	
Numérateur	Nombre de doublons de flux dépistés par unité de temps lors d'un passage		Source des données		<input checked="" type="checkbox"/> Référentiel d'identité de la structure	
Dénominateur	Nombre de passages (hospitalisations conventionnelles, ambulatoires, séances, consultations, rendez-vous imagerie et biologie) par unité de temps		Origine des données		<input checked="" type="checkbox"/> Déclaration de doublons <input checked="" type="checkbox"/> Requêtes informatiques (<i>vous pouvez préciser ici le nom du logiciel de requête</i>)	
<input checked="" type="checkbox"/> Pourcentage <input type="checkbox"/> Nombre		Recueil : <input type="checkbox"/> Annuel <input type="checkbox"/> Semestriel <input checked="" type="checkbox"/> Trimestriel <input type="checkbox"/> Mensuel				
Responsable(s) du recueil		<input checked="" type="checkbox"/> Référent local en identitovigilance		Responsable de l'analyse		<input checked="" type="checkbox"/> Référent local en identitovigilance
Interprétation et communication des résultats						
Interprétation des résultats	La dégradation de l'indicateur doit amener à organiser des actions ciblées de formation du personnel concernant la recherche et la création d'identité dans le SIS					
Biais possible	1. Le dépistage des doublons n'est possible que si l'utilisateur respecte les bonnes pratiques de recherche d'un patient dans le SIS (sauf si l'établissement dispose d'un logiciel d'identitovigilance). La recherche uniquement par IPP ne permet pas le dépistage des doublons de flux 2. Cet indicateur est basé sur le dépistage des anomalies par la vigilance des utilisateurs et la déclaration des anomalies 3. L'utilisation d'un logiciel d'identitovigilance facilite le dépistage des doublons.					
Objectif chiffré	< 1%			Référence(s) existante(s) : <input type="checkbox"/> Régionale (date) : (score) <input type="checkbox"/> Nationale (date) : (score)		
Seuil d'alerte	> 2%					
Mode(s) de communication	<input checked="" type="checkbox"/> Réunion comité identitovigilance <input checked="" type="checkbox"/> Tableau de bord identitovigilance <input checked="" type="checkbox"/> Séance de sensibilisation du personnel <input type="checkbox"/> Autre (à préciser)			Destinataire(s)		<input checked="" type="checkbox"/> Direction de l'établissement - CME <input checked="" type="checkbox"/> Comité d'identitovigilance <input checked="" type="checkbox"/> Personnels de l'établissement <input checked="" type="checkbox"/> GRIVES <input checked="" type="checkbox"/> Autre (à préciser)
Lieu d'archivage des résultats				<i>Indiquer ici le lieu d'archivage des résultats</i>		
Périodicité d'actualisation/vérification de la carte d'identité				Annuelle		
Abréviation(s) utilisée(s) - Définitions				Doublons de flux : Doublons dépistés à l'occasion d'une venue du patient dans l'établissement de santé. GRIVES : Groupe Régional d'Identitovigilance en santé IPP : Identifiant Permanent Patient SIS : Système d'information de santé		



Carte d'identité de l'indicateur

FUSPREC : Taux de doublons potentiels traités dans les 72 h suivant leur détection

Date mise en place initiale	01/01/2021	Rédacteur	GRIVES	Version	1
Date modification		Rédacteur		Nature de la modification	
Date d'arrêt		Rédacteur		Motif	

Construction – Mode de calcul

Finalité de l'indicateur	Évaluer l'adéquation entre les ressources de la cellule opérationnelle d'identitovigilance et les besoins		Échantillonnage	Totalité des doublons potentiels dépistés et déclarés	Niveau de mesure : <input checked="" type="checkbox"/> Établissement <input type="checkbox"/> Service
Numérateur	Nombre de doublons potentiels traités dans les 72 h suivant leur dépistage ou leur signalement		Source des données	<input checked="" type="checkbox"/> Bureau des admissions <input checked="" type="checkbox"/> Cellule opérationnelle d'identitovigilance <input checked="" type="checkbox"/> Outil de signalement des doublons	
Dénominateur	Totalité des doublons dépistés au cours de la période de mesure		Origine des données	<input checked="" type="checkbox"/> Requêtes informatiques <i>(vous pouvez préciser ici le nom du logiciel de requête)</i>	
<input checked="" type="checkbox"/> Pourcentage <input type="checkbox"/> Nombre		Recueil : <input type="checkbox"/> Annuel <input type="checkbox"/> Semestriel <input checked="" type="checkbox"/> Trimestriel <input type="checkbox"/> Mensuel			
Responsable(s) du recueil	<input checked="" type="checkbox"/> Référent local en identitovigilance		Responsable de l'analyse	<input checked="" type="checkbox"/> Référent local en identitovigilance	

Interprétation et communication des résultats

Interprétation des résultats	Idéalement les doublons doivent être traités au plus tôt après leur dépistage ou leur signalement. Un taux insuffisant de doublons traités dans les 72 H témoigne d'un manque de ressources au niveau de la cellule opérationnelle d'identitovigilance. Il est nécessaire d'associer à cette interprétation quantitative, une analyse qualitative (doublons complexes...)				
Biais possible	Certains doublons complexent nécessitent la réalisation d'une enquête avec contact du patient. Les délais de traitement peuvent être allongés. Le suivi de cet indicateur est facilité si l'établissement dispose d'un outil d'identitovigilance.				
Objectif chiffré	> 50%		Référence(s) existante(s) : <input type="checkbox"/> Régionale (date) : (score) <input type="checkbox"/> Nationale (date) : (score)		
Seuil d'alerte	< 30%				
Mode(s) de communication	<input checked="" type="checkbox"/> Réunion comité identitovigilance <input checked="" type="checkbox"/> Tableau de bord identitovigilance <input type="checkbox"/> Séance de sensibilisation du personnel <input type="checkbox"/> Autre (à préciser)		Destinataire(s)	<input checked="" type="checkbox"/> Direction de l'établissement - CME <input checked="" type="checkbox"/> Comité d'identitovigilance <input checked="" type="checkbox"/> Personnels de l'établissement <input type="checkbox"/> GRIVES <input type="checkbox"/> Autre (à préciser)	
Lieu d'archivage des résultats			<i>Indiquer ici le lieu d'archivage des résultats</i>		
Périodicité d'actualisation/vérification de la carte d'identité					
Abréviation(s) utilisée(s) – Définitions			Doublons de flux : Doublons dépistés à l'occasion d'une venue du patient dans l'établissement de santé. GRIVES : Groupe Régional d'Identitovigilance en santé		



Carte d'identité de l'indicateur

COLLISION: Taux de collisions dépistées (file active)

Date mise en place initiale	01/06/2014	Rédacteur	GRIVES – Groupe de travail Indicateurs 3RIV-ANS		Version	1
Date modification	01/01/2021	Rédacteur	Manuela Oliver	Nature de la modification	Modification de format de carte d'identité	Version 2
Date d'arrêt		Rédacteur		Motif		
Construction – Mode de calcul						
Finalité de l'indicateur			Échantillonnage		Niveau de mesure :	
Evaluer la qualité de la recherche et de la saisie administrative des patients dans les services réalisant des admissions ou des consultations. Il est conseillé de suivre également cet indicateur en nombre (numérateur).			Totalité des collisions dépistées et déclarées par FSEI		<input checked="" type="checkbox"/> Établissement <input type="checkbox"/> Service	
Numérateur	Nombre de collisions détectées par unité de temps et déclarées (EI)		Source des données		<input checked="" type="checkbox"/> Bureau des admissions <input checked="" type="checkbox"/> Cellule opérationnelle d'identitovigilance <input checked="" type="checkbox"/> Signalement des EI	
Dénominateur	Nombre de passages (hospitalisations conventionnelles, ambulatoires, séances, consultations, rendez-vous imagerie et biologie)		Origine des données		<input checked="" type="checkbox"/> Tableau ou logiciel de suivi des FSEI pour le numérateur <input checked="" type="checkbox"/> Requêtes informatiques pour le dénominateur (<i>vous pouvez préciser ici le nom du logiciel de requête</i>)	
<input checked="" type="checkbox"/> Pourcentage <input checked="" type="checkbox"/> Nombre		Recueil : <input type="checkbox"/> Annuel <input type="checkbox"/> Semestriel <input checked="" type="checkbox"/> Trimestriel <input type="checkbox"/> Mensuel				
Responsable(s) du recueil		<input checked="" type="checkbox"/> Référent local en identitovigilance		Responsable de l'analyse		<input checked="" type="checkbox"/> Référent local en identitovigilance
Interprétation et communication des résultats						
Interprétation des résultats	La dégradation de l'indicateur doit amener à organiser des actions ciblées de formation du personnel (recherche et sélection d'un dossier)					
Biais possible	Cet indicateur est basé sur le dépistage des anomalies par la vigilance des utilisateurs et sur l'exhaustivité des déclarations d'anomalies par FSEI					
Objectif chiffré	< 0,01%			Référence(s) existante(s) :		
Seuil d'alerte	> 0,02%			<input type="checkbox"/> Régionale (date) : (score) <input type="checkbox"/> Nationale (date) : (score)		
Mode(s) de communication	<input checked="" type="checkbox"/> Réunion comité identitovigilance <input checked="" type="checkbox"/> Tableau de bord identitovigilance <input checked="" type="checkbox"/> Séance de sensibilisation du personnel <input type="checkbox"/> Autre (à préciser)		Destinataire(s)		<input checked="" type="checkbox"/> Direction de l'établissement - CME <input checked="" type="checkbox"/> Comité d'identitovigilance <input checked="" type="checkbox"/> Personnels de l'établissement <input checked="" type="checkbox"/> GRIVES <input type="checkbox"/> Autre (à préciser)	
Lieu d'archivage des résultats			<i>Indiquer ici le lieu d'archivage des résultats</i>			
Périodicité d'actualisation/vérification de la carte d'identité			Annuelle			
Abréviation(s) utilisée(s) – Définitions			EI : évènement indésirable FSEI : Fiche de signalement des évènements indésirables GRIVES : Groupe Régional d'Identitovigilance en santé			



Carte d'identité de l'indicateur

USURPIDENT: Taux d'usurpations d'identité détectées (file active)

Date mise en place initiale	01/01/2016	Rédacteur	GRIVES – Groupe de travail Indicateurs 3RIV-ANS		Version	1
Date modification	01/01/2021	Rédacteur	Manuela Oliver	Nature de la modification	Modification de format de carte d'identité	Version 2
Date d'arrêt		Rédacteur		Motif		
Construction – Mode de calcul						
Finalité de l'indicateur			Échantillonnage		Niveau de mesure :	
Evaluer l'importance de cette pratique à risque majeur dans la prise en charge des patients dans la patientèle d'un établissement de santé			Totalité des FSEI		<input checked="" type="checkbox"/> Établissement <input type="checkbox"/> Service	
Numérateur	Nombre d'usurpations d'identité déclarées par FSEI		Source des données		<input checked="" type="checkbox"/> Déclaration d'EI	
Dénominateur	Nombre de passages (hospitalisations conventionnelles, ambulatoires, séances, consultations, rendez-vous imagerie et biologie)		Origine des données		<input checked="" type="checkbox"/> Tableau ou logiciel de suivi des FSEI (numérateur) <input checked="" type="checkbox"/> Requêtes informatiques (dénominateur) <i>(vous pouvez préciser ici le nom du logiciel de requête)</i>	
<input checked="" type="checkbox"/> Pourcentage <input checked="" type="checkbox"/> Nombre		Recueil : <input type="checkbox"/> Annuel <input type="checkbox"/> Semestriel <input checked="" type="checkbox"/> Trimestriel <input type="checkbox"/> Mensuel				
Responsable(s) du recueil		<input checked="" type="checkbox"/> Référent en identitovigilance		Responsable de l'analyse		<input checked="" type="checkbox"/> Référent en identitovigilance
Interprétation et communication des résultats						
Interprétation des résultats	La dégradation de l'indicateur doit amener à organiser des actions de sensibilisation des patients et des personnels (affichage, articles, média...)					
Biais possible	Cet indicateur est basé sur le dépistage des anomalies par la vigilance des utilisateurs et sur l'exhaustivité des déclarations d'anomalies par FSEI					
Objectif chiffré	< 0,01%			Référence(s) existante(s) : <input type="checkbox"/> Régionale (date) : (score) <input type="checkbox"/> Nationale (date) : (score)		
Seuil d'alerte	> 0,02%					
Mode(s) de communication	<input checked="" type="checkbox"/> Réunion comité identitovigilance <input checked="" type="checkbox"/> Tableau de bord identitovigilance <input checked="" type="checkbox"/> Séance de sensibilisation du personnel <input type="checkbox"/> Autre (à préciser)			Destinataire(s)		<input checked="" type="checkbox"/> Direction de l'établissement - CME <input checked="" type="checkbox"/> Comité d'identitovigilance <input checked="" type="checkbox"/> Personnels de l'établissement <input checked="" type="checkbox"/> GRIVES <input type="checkbox"/> Autre (à préciser)
Lieu d'archivage des résultats			<i>Indiquer ici le lieu d'archivage des résultats</i>			
Périodicité d'actualisation/vérification de la carte d'identité			Annuelle			
Abréviation(s) utilisée(s) - Définitions			EI : évènement indésirable FSEI : Fiche de signalement des évènements indésirables GRIVES : Groupe Régional d'Identitovigilance en santé			



Carte d'identité de l'indicateur

RFUSDOUB: IDV Rapport fusion/doublons

Date mise en place initiale	01/01/2016	Rédacteur	GRIVES			Version	1
Date modification	01/01/2021	Rédacteur	Manuela Oliver	Nature de la modification	Modification de format de carte d'identité	Version	2
Date d'arrêt		Rédacteur		Motif			
Construction – Mode de calcul							
Finalité de l'indicateur			Échantillonnage		Niveau de mesure :		
Evaluer la prise en charge des doublons			Totalité des fusions réalisées et des doublons vrais dépistés		<input checked="" type="checkbox"/> Établissement <input type="checkbox"/> Service		
Numérateur	Nombre de fusions réalisées sur la période considérée		Source des données		<input checked="" type="checkbox"/> Référentiel d'identité de la structure		
Dénominateur	Nombre de doublons avérés dépistés à traiter sur la période considérée		Origine des données		<input checked="" type="checkbox"/> Tableau de bord de suivi des fusions <input checked="" type="checkbox"/> Requêtes informatiques Nombre de doublons dépistés , nombre de fusions réalisées (vous pouvez préciser ici le nom du logiciel de requête)		
<input checked="" type="checkbox"/> Pourcentage <input type="checkbox"/> Nombre		Recueil : <input type="checkbox"/> Annuel <input type="checkbox"/> Semestriel <input checked="" type="checkbox"/> Trimestriel <input type="checkbox"/> Mensuel					
Responsable(s) du recueil		<input checked="" type="checkbox"/> Référent en identitovigilance		Responsable de l'analyse		<input checked="" type="checkbox"/> Référent en identitovigilance	
Interprétation et communication des résultats							
Interprétation des résultats	Un taux inférieur à 1 signifie que les doublons de flux dépistés ne sont pas traités en totalité Un taux supérieur à 1 peut signifier : h) <u>que des doublons de stock sont traités en plus des doublons de flux</u> i) <u>un rattrapage du retard pris les mois précédents dans les fusions.</u>						
Biais possible	Non exhaustivité du recensement des doublons et/ou des fusions. La présence d'un logiciel d'identitovigilance facilite le recueil.						
Objectif chiffré	>=100%			Référence(s) existante(s) : <input type="checkbox"/> Régionale (date) : (score) <input type="checkbox"/> Nationale (date) : (score)			
Seuil d'alerte	< 80%						
Mode(s) de communication	<input checked="" type="checkbox"/> Réunion comité identitovigilance <input checked="" type="checkbox"/> Tableau de bord identitovigilance <input type="checkbox"/> Autres (à préciser)		Destinataire(s)		<input checked="" type="checkbox"/> Direction de l'établissement - CME <input checked="" type="checkbox"/> Comité d'identitovigilance <input checked="" type="checkbox"/> Personnels de l'établissement <input checked="" type="checkbox"/> GRIVES <input type="checkbox"/> Autres (à préciser)		
Lieu d'archivage des résultats				Indiquer ici le lieu d'archivage des résultats			
Périodicité d'actualisation/vérification de la carte d'identité				Annuelle			
Abréviation(s) utilisée(s)				GRIVES : Groupe Régional d'Identitovigilance en santé IPP : Identifiant Permanent Patient			



Carte d'identité de l'indicateur

EPRADM: Taux d'évènements porteurs de risque relatifs à l'identification primaire des patients

Date mise en place initiale	01/01/2016	Rédacteur	GRIVES	Version	1
Date modification	01/01/2021	Rédacteur	Manuela Oliver	Nature de la modification	Modification de format de carte d'identité
Date d'arrêt		Rédacteur		Motif	

Construction – Mode de calcul

Finalité de l'indicateur		Échantillonnage		Niveau de mesure : <input checked="" type="checkbox"/> Établissement <input type="checkbox"/> Service	
1. Mesurer la qualité de l'identification primaire des patients 2. Evaluer les besoins en formation et l'efficacité des formations		Totalité des FSEI			
Numérateur	Nombre de signalements d'évènements porteurs de risques relatifs à l'identification primaire des patients (G1 ET G2)	Source des données	<input checked="" type="checkbox"/> Déclaration d'EI		
Dénominateur	Nombre de passages (hospitalisations + consultations + Nombre rendez-vous externes (imagerie, biologie ; kiné...))	Origine des données	<input checked="" type="checkbox"/> Tableau ou logiciel de suivi des FSEI <input checked="" type="checkbox"/> Requêtes informatiques (<i>vous pouvez préciser ici le nom du logiciel de requête</i>)		
<input checked="" type="checkbox"/> Pourcentage <input type="checkbox"/> Nombre		Recueil : <input type="checkbox"/> Annuel <input type="checkbox"/> Semestriel <input checked="" type="checkbox"/> Trimestriel <input type="checkbox"/> Mensuel			
Responsable(s) du recueil	<input checked="" type="checkbox"/> Référent local en identitovigilance	Responsable de l'analyse	<input checked="" type="checkbox"/> Référent local en identitovigilance		

Interprétation et communication des résultats

Interprétation des résultats	La dégradation de l'indicateur doit amener à organiser des séances de formations ciblées sur l'accueil d'un patient dans le SIH				
Biais possible	Cet indicateur est basé sur les déclarations de FSEI. Nécessite une implication du personnel et une déclaration des évènements indésirables détectés				
Objectif chiffré	< 0,01%	Référence(s) existante(s) : <input type="checkbox"/> Régionale (date) : (score) <input type="checkbox"/> Nationale (date) : (score)			
Seuil d'alerte	> 0,02%				
Mode(s) de communication	<input checked="" type="checkbox"/> Réunion comité identitovigilance <input checked="" type="checkbox"/> Tableau de bord identitovigilance <input checked="" type="checkbox"/> Séance de sensibilisation du personnel <input type="checkbox"/> Autre (à préciser)	Destinataire(s)	<input checked="" type="checkbox"/> Direction de l'établissement - CME <input checked="" type="checkbox"/> Comité d'identitovigilance <input checked="" type="checkbox"/> Personnels de l'établissement <input checked="" type="checkbox"/> GRIVES <input type="checkbox"/> Autre (à préciser)		
Lieu d'archivage des résultats	<i>Indiquer ici le lieu d'archivage des résultats</i>				
Périodicité d'actualisation/vérification de la carte d'identité	Annuelle				
Abréviation(s) utilisée(s) - Définitions	EI : évènement indésirable FSEI : Fiche de signalement des évènements Indésirables GRIVES : Groupe Régional d'Identitovigilance en santé Identification primaire : recherche, création d'une identité, sélection d'une identité, attribution d'un niveau de confiance à une identité SIS : Système d'information de santé				



Carte d'identité de l'indicateur

EIADM : Taux d'évènements indésirables relatifs à l'identification primaire des patients

Date mise en place initiale	01/01/2014	Rédacteur	GRIVES			Version	1
Date modification	01/01/2021	Rédacteur	Manuela Oliver	Nature de la modification	Modification de format de carte d'identité Fusion des indicateurs EIAS et EIGAS	Version	2
Date d'arrêt		Rédacteur		Motif			

Construction – Mode de calcul

Finalité de l'indicateur		Échantillonnage		Niveau de mesure : <input checked="" type="checkbox"/> Établissement <input type="checkbox"/> Service	
1. Mesurer la qualité de l'identification primaire des patients 2. Evaluer les besoins en formation et l'efficacité des formations		Totalité des FSEI			
Numérateur	Nombre de signalements d'évènements indésirables relatifs à l'identification primaire des patients (G3, G4, G5).	Source des données	<input checked="" type="checkbox"/> Déclaration d'EI		
Dénominateur	Nombre de passages (hospitalisations + consultations + Nombre rendez-vous externes (imagerie, biologie ; kiné...))	Origine des données	<input checked="" type="checkbox"/> Tableau ou logiciel de suivi des FSEI <input checked="" type="checkbox"/> Requêtes informatiques (vous pouvez préciser ici le nom du logiciel de requête)		
<input checked="" type="checkbox"/> Pourcentage <input type="checkbox"/> Nombre	Recueil : <input type="checkbox"/> Annuel <input type="checkbox"/> Semestriel <input checked="" type="checkbox"/> Trimestriel <input type="checkbox"/> Mensuel				
Responsable(s) du recueil	<input checked="" type="checkbox"/> Référent local en identitovigilance	Responsable de l'analyse	<input checked="" type="checkbox"/> Référent local en identitovigilance		

Interprétation et communication des résultats

Interprétation des résultats	La dégradation de l'indicateur doit amener à organiser des séances de formations ciblées sur l'accueil d'un patient dans le SIS, voire la mise en place d'une démarche d'amélioration des pratiques professionnelles				
Biais possible	Cet indicateur est basé sur les déclarations de FSEI. Nécessite une implication du personnel et une déclaration des évènements indésirables détectés				
Objectif chiffré	0	Référence(s) existante(s) : <input type="checkbox"/> Régionale (date) : (score) <input type="checkbox"/> Nationale (date) : (score)			
Seuil d'alerte	> 0,01%				
Mode(s) de communication	<input checked="" type="checkbox"/> Réunion comité identitovigilance <input checked="" type="checkbox"/> Tableau de bord identitovigilance <input checked="" type="checkbox"/> Séance de sensibilisation du personnel <input type="checkbox"/> Autre (à préciser)	Destinataire(s)	<input checked="" type="checkbox"/> Direction de l'établissement - CME <input checked="" type="checkbox"/> Comité d'identitovigilance <input checked="" type="checkbox"/> Personnels de l'établissement <input checked="" type="checkbox"/> GRIVES <input type="checkbox"/> Autre (à préciser)		

Lieu d'archivage des résultats *Indiquer ici le lieu d'archivage des résultats*

Périodicité d'actualisation/vérification de la carte d'identité Annuelle

Abréviation(s) utilisée(s) – Définitions

EI : évènement indésirable
EIAS : Evènement indésirable associé aux soins
EIGAS : Evènement indésirables graves associé aux soins
FSEI : Fiche de signalement des évènements indésirables
GRIVES : Groupe Régional d'Identitovigilance en santé
Identification primaire : recherche, création d'une identité, sélection d'une identité, attribution d'un niveau de confiance à une identité.
SIS : Système d'information de santé



Carte d'identité de l'indicateur

EPRSECOND: Taux d'évènements indésirables porteurs de risque relatifs à l'identification secondaire des patients

Date mise en place initiale	01/01/2014	Rédacteur	GRIVES		Version	1
Date modification	01/01/2021	Rédacteur	Manuela Oliver	Nature de la modification	Modification de format de carte d'identité	Version 2
Date d'arrêt		Rédacteur		Motif		

Construction – Mode de calcul

Finalité de l'indicateur		Échantillonnage		Niveau de mesure : <input checked="" type="checkbox"/> Établissement <input type="checkbox"/> Service	
1. Mesurer la qualité de l'identification du patient à toutes les étapes du soin 2. Evaluer le respect des bonnes pratiques et les besoins en formation des soignants et l'efficacité des formations		Totalité des FSEI			
Numérateur	Nombre de signalements d'évènements indésirables porteurs de risques relatifs à l'identification secondaire des patients (G1, G2)	Source des données	<input checked="" type="checkbox"/> Déclaration d'EI		
Dénominateur	Nombre de journées d'hospitalisations + nombre de consultations aux urgences + Nombre rendez-vous externes (imagerie, biologie ; kiné...)	Origine des données	<input checked="" type="checkbox"/> Tableau ou logiciel de suivi des FSEI <input checked="" type="checkbox"/> Requêtes informatiques (vous pouvez préciser ici le nom du logiciel de requête)		
<input checked="" type="checkbox"/> Pourcentage <input type="checkbox"/> Nombre	Recueil : <input type="checkbox"/> Annuel <input type="checkbox"/> Semestriel <input checked="" type="checkbox"/> Trimestriel <input type="checkbox"/> Mensuel				
Responsable(s) du recueil	<input checked="" type="checkbox"/> Référent local en identitovigilance	Responsable de l'analyse	<input checked="" type="checkbox"/> Référent local en identitovigilance		

Interprétation et communication des résultats

Interprétation des résultats	La dégradation de l'indicateur doit amener à réaliser une analyse a posteriori (CREX) et à organiser de nouvelles séances de formation du personnel ciblées sur la problématique, la réalisation d'un audit ciblé, d'un traceur ciblé, d'un parcours traceur...				
Biais possible	Cet indicateur est basé sur les déclarations de FSEI. Nécessite une implication du personnel et une déclaration des évènements indésirables détectés				
Objectif chiffré	< 0,1%	Référence(s) existante(s) : <input type="checkbox"/> Régionale (date) : (score) <input type="checkbox"/> Nationale (date) : (score)			
Seuil d'alerte	> 0,2%				
Mode(s) de communication	<input checked="" type="checkbox"/> Réunion comité identitovigilance <input checked="" type="checkbox"/> Tableau de bord identitovigilance <input checked="" type="checkbox"/> Séance de sensibilisation du personnel <input type="checkbox"/> Autre (à préciser)	Destinataire(s)	<input checked="" type="checkbox"/> Direction de l'établissement - CME <input checked="" type="checkbox"/> Comité d'identitovigilance <input checked="" type="checkbox"/> Personnels de l'établissement <input checked="" type="checkbox"/> GRIVES <input type="checkbox"/> Autre (à préciser)		
Lieu d'archivage des résultats	Indiquer ici le lieu d'archivage des résultats				
Périodicité d'actualisation/vérification de la carte d'identité	Annuelle				
Abréviation(s) utilisée(s) - Définitions	EI : évènement indésirable FSEI : Fiche de signalement des évènements indésirables GRIVES : Groupe régional d'identitovigilance en santé Identification secondaire : identification du patient avant tout acte de soins ; identification des documents du dossier patients				



Carte d'identité de l'indicateur

EISECOND: Taux d'évènements indésirables relatifs à l'identification secondaire des patients

Date mise en place initiale	Rédacteur	GRIVES	GRIVES	Version	1
Date modification	01/01/2021	Rédacteur	Manuela Oliver	Nature de la modification	Modification de format de carte d'identité Fusion des indicateurs EIAS et EIGAS
Date d'arrêt		Rédacteur		Motif	
Construction – Mode de calcul					
Finalité de l'indicateur			Échantillonnage		Niveau de mesure : <input checked="" type="checkbox"/> Établissement <input type="checkbox"/> Service
1. Mesurer la qualité de l'identification du patient à toutes les étapes du soin 2. Evaluer le respect des bonnes pratiques et les besoins en formation des soignants et l'efficacité des formations			Totalité des FSEI		
Numérateur	Nombre de signalements d'évènements indésirables relatifs à l'identification secondaire des patients (G3, G4, G5)		Source des données	<input checked="" type="checkbox"/> Déclaration d'EI	
Dénominateur	Nombre de journées d'hospitalisations + nombre de consultations aux urgences + Nombre rendez-vous externes (imagerie, biologie ; kiné...)		Origine des données	<input checked="" type="checkbox"/> Tableau ou logiciel de suivi des FSEI <input checked="" type="checkbox"/> Requête(s) informatiques (<i>vous pouvez préciser ici le nom du logiciel de requête</i>)	
<input checked="" type="checkbox"/> Pourcentage <input type="checkbox"/> Nombre	Recueil : <input type="checkbox"/> Annuel <input type="checkbox"/> Semestriel <input checked="" type="checkbox"/> Trimestriel <input type="checkbox"/> Mensuel				
Responsable(s) du recueil	<input checked="" type="checkbox"/> Référent local en identitovigilance		Responsable de l'analyse	<input checked="" type="checkbox"/> Référent local en identitovigilance	
Interprétation et communication des résultats					
Interprétation des résultats	La dégradation de l'indicateur doit amener à réaliser une analyse a posteriori (CREX, RMM) et à organiser de nouvelles séances de formation ciblées sur la problématique identifiée, la réalisation d'un audit ciblé, d'un traceur ciblé, d'un parcours traceur....				
Biais possible	Cet indicateur est basé sur les déclarations de FSEI. Nécessite une implication du personnel et une déclaration des évènements indésirables détectés				
Objectif chiffré	< 0,01%			Référence(s) existante(s) : <input type="checkbox"/> Régionale (date) : (score) <input type="checkbox"/> Nationale (date) : (score)	
Seuil d'alerte	> 0,02%				
Mode(s) de communication	<input checked="" type="checkbox"/> Réunion comité identitovigilance <input checked="" type="checkbox"/> Tableau de bord identitovigilance <input checked="" type="checkbox"/> Séance de sensibilisation du personnel <input type="checkbox"/> Autre (à préciser)		Destinataire(s)	<input checked="" type="checkbox"/> Direction de l'établissement - CME <input checked="" type="checkbox"/> Comité d'identitovigilance <input checked="" type="checkbox"/> Personnels de l'établissement <input checked="" type="checkbox"/> GRIVES <input type="checkbox"/> Autre (à préciser)	
Lieu d'archivage des résultats			Indiquer ici le lieu d'archivage des résultats		
Périodicité d'actualisation/vérification de la carte d'identité			Annuelle		
Abréviation(s) utilisée(s) - Définitions			CREX : Comité de retour d'expérience EI : évènement indésirable EIAS : Evènement indésirable associé aux soins EIGAS : Evènement indésirables graves associé aux soins FSEI : Fiche de signalement des évènements indésirables GRIVES : Groupe régional d'identitovigilance en santé Identification secondaire : identification du patient avant tout acte de soins ; identification des documents du dossier patients		



Carte d'identité de l'indicateur

NCLABO: Taux de non-conformité préanalytiques relevées par le laboratoire de biologie médicale et relatives à l'identitovigilance

Date mise en place initiale	01/01/2021	Rédacteur	GRIVES	Version	1
Date modification		Rédacteur		Nature de la modification	
Date d'arrêt		Rédacteur		Motif	

Construction – Mode de calcul

Finalité de l'indicateur		Échantillonnage		Niveau de mesure : <input checked="" type="checkbox"/> Établissement <input type="checkbox"/> Service	
1. Mesurer la qualité des pratiques de réalisation des prélèvements biologiques 2. Evaluer le respect des bonnes pratiques et les besoins en formation des soignants et l'efficacité des formations		Totalité des demandes d'examen de biologie médicale au cours de la période par service clinique			
Numérateur	Nombre de non-conformités (séparées par type d'anomalie*) relatives à l'identification des prélèvements et des professionnels séparées par service clinique.	Source des données	<input checked="" type="checkbox"/> laboratoire de biologie médicale		
Dénominateur	Nombre de demandes d'examen de biologie médicale par service clinique	Origine des données	<input checked="" type="checkbox"/> Recueil des non-conformités <input checked="" type="checkbox"/> Requête informatique (vous pouvez préciser ici le nom du logiciel de requête)		
<input checked="" type="checkbox"/> Pourcentage <input type="checkbox"/> Nombre	Recueil : <input type="checkbox"/> Annuel <input type="checkbox"/> Semestriel <input checked="" type="checkbox"/> Trimestriel <input type="checkbox"/> Mensuel				
Responsable(s) du recueil	<input checked="" type="checkbox"/> Référent local en identitovigilance	Responsable de l'analyse	<input checked="" type="checkbox"/> Référent local en identitovigilance		

Interprétation et communication des résultats

Interprétation des résultats	La dégradation de l'indicateur doit amener à réaliser une analyse a posteriori (CREX, RMM) et à organiser de nouvelles séances de formation ciblées sur la problématique identifiée, la réalisation d'un audit ciblé, d'un traceur ciblé, d'un parcours traceur....				
Biais possible	Cet indicateur est basé sur le recueil des non conformités par le laboratoire. Nécessite une implication du personnel et une saisie des non-conformité				
Objectif chiffré	<1 p 1000	Référence(s) existante(s) : <input type="checkbox"/> Régionale (date) : (score) <input type="checkbox"/> Nationale (date) : (score)			
Seuil d'alerte	> 2p 1000				
Mode(s) de communication	<input checked="" type="checkbox"/> Réunion comité identitovigilance <input checked="" type="checkbox"/> Tableau de bord identitovigilance <input checked="" type="checkbox"/> Séance de sensibilisation du personnel <input type="checkbox"/> Autre (à préciser)	Destinataire(s)	<input checked="" type="checkbox"/> Direction de l'établissement - CME <input checked="" type="checkbox"/> Comité d'identitovigilance <input checked="" type="checkbox"/> Personnels de l'établissement <input checked="" type="checkbox"/> GRIVES <input type="checkbox"/> Autre (à préciser)		
Lieu d'archivage des résultats	Indiquer ici le lieu d'archivage des résultats				
Périodicité d'actualisation/vérification de la carte d'identité	Annuelle				
Abréviation(s) utilisée(s) - Définitions	CREX : Comité de retour d'expérience GRIVES : Groupe régional d'Identitovigilance en santé Identification secondaire : identification du patient avant tout acte de soins ; identification des documents du dossier patient RMM : Revue de morbi-mortalité				

*Type de non-conformités identitovigilance pouvant être relevées au laboratoire

Discordance entre l'identité présente sur le prélèvement et l'identité présente sur la prescription
Prélèvement non identifié

Erreur d'identification du prélèvement / de la prescription (le prélèvement et/ou la prescription porte l'identité d'un patient différent de celui auquel appartient l'échantillon biologique (ex : prélèvement de Mme A et identification du prélèvement et de la prescription avec l'identité de Mme B)



Carte d'identité de l'indicateur

IDDOCDOS : Taux de dossiers conformes en matière d'identification¹²

Date mise en place initiale	01/01/2016	Rédacteur	GRIVES		Version	1
Date modification	01/01/2021	Rédacteur	Manuela Oliver	Nature de la modification	Révision instances (cf. RNIV) et mises en forme	Version 2
Date d'arrêt		Rédacteur		Motif		
Construction – Mode de calcul						
Finalité de l'indicateur			Échantillonnage		Niveau de mesure :	
Suivre la qualité de l'identification des dossiers des usagers. Cet indicateur peut être complété par l'indicateur TXDOC INS taux de document identifiés à l'aide de l'INS.			L'audit doit être réalisé sur 30 dossiers au minimum		<input checked="" type="checkbox"/> Établissement <input type="checkbox"/> Service	
Numérateur	Nombre de dossier conformes		Source des données	<input checked="" type="checkbox"/> Personne en charge de la réalisation de l'audit		
Dénominateur	Nombre de dossiers audités		Origine des données	<input checked="" type="checkbox"/> Audit réalisé sur des dossiers tirés au sort		
<input checked="" type="checkbox"/> Pourcentage <input type="checkbox"/> Nombre		Recueil : <input checked="" type="checkbox"/> Annuel <input type="checkbox"/> Semestriel <input type="checkbox"/> Trimestriel <input type="checkbox"/> Mensuel				
Responsable(s) du recueil		<input type="checkbox"/> Service qualité gestion des risques <input type="checkbox"/> Comité d'identitovigilance <input type="checkbox"/> Référent en identitovigilance <input type="checkbox"/> Infirmier coordonnateur		Responsable de l'analyse		<input checked="" type="checkbox"/> Service qualité gestion des risques, <input checked="" type="checkbox"/> Comité d'identitovigilance <input checked="" type="checkbox"/> Référent en identitovigilance
Interprétation et communication des résultats						
Interprétation des résultats	La dégradation de l'indicateur doit amener à organiser des actions de sensibilisation et de formation au niveau des secrétariats médicaux, des praticiens, des étudiants en médecine et paramédicaux.					
Biais possible						
Objectif chiffré	>95%			Référence(s) existante(s) :		
Seuil d'alerte	<85%			<input type="checkbox"/> Régionale (date) : (score) <input type="checkbox"/> Nationale (date) : (score)		
Mode(s) de communication	<input checked="" type="checkbox"/> Réunion du comité d'identitovigilance <input checked="" type="checkbox"/> Tableau de bord identitovigilance <input checked="" type="checkbox"/> Séance de sensibilisation du personnel <input type="checkbox"/> Autre (à préciser)		Destinataire(s)		<input checked="" type="checkbox"/> Direction de l'établissement - CME-CME <input checked="" type="checkbox"/> Comité d'identitovigilance <input checked="" type="checkbox"/> Personnels de l'établissement <input checked="" type="checkbox"/> GRIVES <input type="checkbox"/> Autre (à préciser)	
Lieu d'archivage des résultats			Indiquer ici le lieu d'archivage des résultats			
Périodicité d'actualisation/vérification de la carte d'identité			Annuelle			
Abréviation(s) utilisée(s) - Définitions			3RIV : Réseau des référents régionaux en identitovigilance INS : Identité nationale de santé RNIV : référentiel national d'identitovigilance Identification des documents : tous les documents doivent comporter a minima le nom de naissance, le premier prénom, la date de naissance et le sexe de l'utilisateur.			

¹² Tous les éléments présents dans le dossier de l'utilisateur doivent être identifiés par a minima, le nom de naissance, le premier prénom, la date de naissance, le sexe de l'utilisateur.



Carte d'identité de l'indicateur

TXDOCINS : Taux de documents produits référencés avec l'INS

Date mise en place initiale	01/01/2021	Rédacteur	GRIVES - ANS		Version	1
Date modification		Rédacteur		Nature de la modification		Version
Date d'arrêt		Rédacteur		Motif		
Construction – Mode de calcul						
Finalité de l'indicateur			Échantillonnage		Niveau de mesure :	
Évaluer l'utilisation de l'INS pour référencer les documents de santé et médico-sociaux			Ensemble des documents produits pendant la période de mesure		<input checked="" type="checkbox"/> Établissement <input type="checkbox"/> Service	
Numérateur	Nombre de documents éligibles ¹³ produits référencés avec l'INS		Source des données	<input checked="" type="checkbox"/> DPI, SGL, LGC, SI médico-social		
Dénominateur	Nombre total documents éligibles produits ¹³		Origine des données	<input checked="" type="checkbox"/> Requête informatique nombre de documents comportant l'INS et nombre total de documents produits		
<input checked="" type="checkbox"/> Pourcentage <input type="checkbox"/> Nombre		Recueil : <input type="checkbox"/> Annuel <input type="checkbox"/> Semestriel <input type="checkbox"/> Trimestriel <input type="checkbox"/> Mensuel				
Responsable(s) du recueil		<input checked="" type="checkbox"/> Référent en identitovigilance		Responsable de l'analyse		<input checked="" type="checkbox"/> Référent en identitovigilance
Interprétation et communication des résultats						
Interprétation des résultats	<p>Un taux faible de documents référencés avec l'INS peut témoigner :</p> <ul style="list-style-type: none"> - d'un faible taux d'identités qualifiées dans le référentiel identité de la structure - de l'impossibilité d'intégrer l'INS dans l'outil métier (version INS non encore disponible par exemple) <p>Le taux de documents référencés par l'identités INS peut être plus faible si la structure réalise un nombre important d'actes dans le cadre de la sous-traitance¹⁴</p>					
Biais possible						
Objectif chiffré	>50% (dans un premier temps, l'objectif étant de tendre à 90% en 2022 selon la Doctrine du Numérique en Santé) ¹⁵ .			Référence(s) existante(s) : <input type="checkbox"/> Régionale (date) : (score) <input type="checkbox"/> Nationale (date) : (score)		
Seuil d'alerte	<30%					
Mode(s) de communication	<input checked="" type="checkbox"/> Comité d'identitovigilance <input checked="" type="checkbox"/> Tableau de bord identitovigilance <input type="checkbox"/> Autre (à préciser)		Destinataire(s)	<input checked="" type="checkbox"/> Direction de l'établissement - CME - CME <input checked="" type="checkbox"/> Comité d'identitovigilance <input checked="" type="checkbox"/> Personnels de l'établissement <input checked="" type="checkbox"/> Instances régionales <input checked="" type="checkbox"/> Instances nationales <input type="checkbox"/> Autre (à préciser)		
Lieu d'archivage des résultats				Indiquer ici le lieu d'archivage des résultats		
Périodicité d'actualisation/vérification de la carte d'identité				Annuelle		
Abréviation(s) utilisée(s)				3RIV : réseau des référents régionaux en identitovigilance ANS : Agence du numérique en santé DPI : Dossier patient informatisé INS : Identité nationale de santé LGC : Logiciel de gestion de cabinet SGL : Système de gestion de laboratoire SI : Systèmes d'information		

¹³ Documents éligibles : documents contenant des données de santé et devant être référencés avec l'INS (hors anonymat, identités douteuses, fictives, usagers étrangers (touristes))

¹⁴ En particulier si les clients n'envoient pas d'identité qualifiées, si les flux ne permettent pas d'identifier le statut qualifié, s'il n'y a pas de contrat de confiance entre le prestataire et le client

¹⁵ Les établissements s'étant fixés des objectifs supérieurs doivent les conserver



Carte d'identité de l'indicateur

FORMAPERS1: Formation du personnel (personnel en charge de l'identification primaire vs personnel en charge de l'identification secondaire)

Date mise en place initiale	01/01/2021	Rédacteur	GRIVES		Version	1
Date modification		Rédacteur		Nature de la modification		Version
Date d'arrêt		Rédacteur		Motif		
Construction – Mode de calcul						
Finalité de l'indicateur			Échantillonnage		Niveau de mesure :	
Evaluer quantitativement les actions de formations en identitovigilance			Ensemble de personnels de l'ES		<input checked="" type="checkbox"/> Établissement <input type="checkbox"/> Service	
Numérateur	Nombre de personnels en charge de l'identification primaire formés Nombre de personnels en charge de l'identification secondaire formés		Source des données		<input checked="" type="checkbox"/> Fichier de suivi des personnels formés <input checked="" type="checkbox"/> Tableau d'effectifs : RH	
Dénominateur	Effectif de l'ES par catégories professionnelles		Origine des données		<input checked="" type="checkbox"/> Responsable de la formation en identitovigilance <input checked="" type="checkbox"/> Service des ressources humaines	
<input checked="" type="checkbox"/> Pourcentage <input type="checkbox"/> Nombre		Recueil : <input checked="" type="checkbox"/> Annuel <input type="checkbox"/> Semestriel <input type="checkbox"/> Trimestriel <input type="checkbox"/> Mensuel				
Responsable(s) du recueil	<input type="checkbox"/> Réfèrent local en identitovigilance <input type="checkbox"/> Service des ressources humaines		Responsable(s) de l'analyse		<input checked="" type="checkbox"/> Réfèrent local en identitovigilance	
Interprétation et communication des résultats						
Interprétation des résultats	La dégradation de l'indicateur doit amener à organiser de nouvelles séances de formation. Action auprès des cadres de santé et des chefs de services éventuellement					
Biais possible	Absence de traçabilité des informations délivrées (indicateur rendu par défaut)					
Objectif chiffré	>30% par an IDV 1 ; >15% par an IDV 2				Référence(s) existante(s) : <input type="checkbox"/> Régionale (date) : (score) <input type="checkbox"/> Nationale (date) : (score)	
Seuil d'alerte	<15% par an IDV 1 ; <8% par an IDV2					
Mode(s) de communication	<input checked="" type="checkbox"/> Réunion comité identitovigilance <input checked="" type="checkbox"/> Tableau de bord identitovigilance <input type="checkbox"/> Autre (à préciser)		Destinataire(s)		<input checked="" type="checkbox"/> Direction de l'établissement - CME - CME <input checked="" type="checkbox"/> Comité d'identitovigilance <input checked="" type="checkbox"/> Personnels de l'établissement <input checked="" type="checkbox"/> GRIVES <input type="checkbox"/> Autre (à préciser)	
Lieu d'archivage des résultats			Indiquer ici le lieu d'archivage des résultats			
Périodicité d'actualisation/vérification de la carte d'identité			Annuelle			
Abréviation(s) utilisée(s) - Définitions			RH : Ressources humaines GRIVES : Groupe régional d'identitovigilance en santé			

Catégories d'emploi

Personnels en charge de l'identification primaire	Assistants médico-administratifs, agents d'accueil, adjoint administratifs, personnels du service des archives...
Personnels impliqués dans l'identification secondaire	Infirmiers, aides-soignants, brancardiers, infirmiers de bloc opératoire, Infirmiers anesthésiste, cadres de santé, cadres supérieurs de santé Etudiants paramédicaux et médicotechniques Techniciens de laboratoire, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, manipulateur en électroradiologie, préparateurs en pharmacie, orthophonistes, orthoptistes, diététiciennes,



Carte d'identité de l'indicateur FORMAPERS2 : Formation du personnel (détail des catégories professionnelles)

Date mise en place initiale	01/01/2014	Rédacteur	GRIVES		Version	1
Date modification	01/01/2021	Rédacteur	Manuela Oliver	Nature de la modification	Modification de format de carte d'identité Changement des objectifs passage en suivi annuel	Version 2
Date d'arrêt		Rédacteur		Motif		
Construction – Mode de calcul						
Finalité de l'indicateur			Échantillonnage		Niveau de mesure :	
Evaluer quantitativement l'efficacité du plan de formation			Ensemble de personnels de l'ES		<input checked="" type="checkbox"/> Établissement <input type="checkbox"/> Service	
Numérateur	Nombre de personnels formés par catégories professionnelles		Source des données	<input checked="" type="checkbox"/> Fichier de suivi des personnels formés <input checked="" type="checkbox"/> Tableau d'effectifs : RH		
Dénominateur	Effectif de l'ES par catégories professionnelles		Origine des données	<input checked="" type="checkbox"/> Responsable de la formation en identitovigilance <input checked="" type="checkbox"/> Service des ressources humaines		
<input checked="" type="checkbox"/> Pourcentage <input type="checkbox"/> Nombre		Recueil : <input checked="" type="checkbox"/> Annuel <input type="checkbox"/> Semestriel <input type="checkbox"/> Trimestriel <input type="checkbox"/> Mensuel				
Responsable du recueil		<input type="checkbox"/> Référent local en identitovigilance <input type="checkbox"/> Service des ressources humaines	Responsable de l'analyse	<input checked="" type="checkbox"/> Référent local en identitovigilance		
Interprétation et communication des résultats						
Interprétation des résultats	La dégradation de l'indicateur doit amener à organiser de nouvelles séances de formation. Action auprès des cadres de santé et des chefs de services éventuellement					
Biais possible	Absence de traçabilité des informations délivrées (indicateur rendu par défaut)					
Objectif chiffré	>30% par an accueil et secrétariat ; >15% par an autres catégories			Référence(s) existante(s) : <input type="checkbox"/> Régionale (date) : (score) <input type="checkbox"/> Nationale (date) : (score)		
Seuil d'alerte	<15% par an personnel accueil et secrétariat ; <8% autres catégories					
Mode(s) de communication	<input checked="" type="checkbox"/> Réunion comité identitovigilance <input checked="" type="checkbox"/> Tableau de bord identitovigilance <input type="checkbox"/> Autre (à préciser)		Destinataire(s)	<input checked="" type="checkbox"/> Direction de l'établissement - CME - CME <input checked="" type="checkbox"/> Comité d'identitovigilance <input checked="" type="checkbox"/> Personnels de l'établissement <input checked="" type="checkbox"/> GRIVES <input type="checkbox"/> Autre (à préciser)		
Lieu d'archivage des résultats			Indiquer ici le lieu d'archivage des résultats			
Périodicité d'actualisation/vérification de la carte d'identité			Annuelle			
Abréviation(s) utilisée(s)			RH : Ressources humaines GRIVES : Groupe régional d'identitovigilance en santé			

Catégories d'emploi

Personnels d'accueil	Assistants médico-administratifs, agents d'accueil, adjoint administratifs, personnels du service des archives...
Personnels paramédicaux	Infirmiers, aides-soignants, brancardiers, infirmiers de bloc opératoire, Infirmiers anesthésiste, cadres de santé, cadres supérieurs de santé...
Etudiants paramédicaux et médicotechniques	Etudiants paramédicaux et médicotechniques
Personnels Médicotechniques	Techniciens de laboratoire, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, manipulateur en électroradiologie, préparateurs en pharmacie, orthophonistes, orthoptistes, diététiciennes, psychologues...
Personnels médicaux	Médecins, pharmaciens, dentistes,
Etudiants en médecine	Internes, externes

Décret N° 2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients

DGOS . Programme HOP'EN Guide des indicateurs des prérequis du socle commun

Guide d'implémentation de l'INS à l'usage des éditeurs

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.

Référentiel INS

Référentiel National d'identitovigilance