



# GRIVES

GROUPE INTERRÉGIONAL D'IDENTITOVIGILANCE EN SANTÉ  
PACA - CORSE

## 14<sup>ème</sup> journée du GRIVES

### La plénière

8 juin 2023



# Programme

- 1 Introduction de la journée**  
*Mme Géraldine CORNET-GICQUEL, Mme Jeanne RIZZI et M. Benoît BRESSON*
- 2 Événements Indésirables Graves en ESMS - Retour d'expérience en région PACA**  
*Mme Laurence Champion et Mme Laetitia Mazzoni Cambray*
- 3 Place de l'identitovigilance en certification HAS**  
*Mme Laurence CHAMPION*
- 4 Identitovigilance & INS dans le médico social**  
*M. Philippe PASSIS et Mme Nadège VANNESTE*
- 5 INS, rétrospective et perspectives**  
*Dr Manuela OLIVER*
- 6 Retour sur les audits du GRIVES - Flash 2022**  
*Dr Emmanuel DOS RAMOS*
- 7 INS et EFS, avancement et problématiques**  
*Mme Corinne MIGOT*
- 8 Actualités 3RIV**  
*Mme Céline DESCAMPS*



# 01

## Introduction

**Mme Géraldine CORNET-GICQUEL**  
Directrice des Services Numériques de l'ARS PACA

**Mme Jeanne RIZZI**  
Responsable de la Mission Qualité à la Direction des  
Politiques Régionales de Santé de l'ARS PACA

**M. Benoît BRESSON**  
Directeur ieSS - Innovation e-Santé Sud





**02**

# **Événements Indésirables Graves en ESMS**

**Retour d'expérience en région PACA**

**Laurence Champion**

**Dr Isabelle Granier**

**Laetitia Mazzoni Cambray**

**Pilotes du GRIVES**



# SOMMAIRE

- 1 Définition EIGS
- 2 Rappel réglementation
- 3 Circuit de déclaration
- 4 EIGS en région PACA 2022
- 5 Points essentiels
- 6 Propositions d'actions

# Définition

Un événement indésirable grave associé aux soins (EIGS) est un événement 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 (art. R. 1413-67 du décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016).

## • ASTUCE !

### Comprendre la définition d'un **É**vénement **I**ndésirable **G**rave associé aux **S**oins (EIGS\*)

**EIGS ? PAS EIGS ? LA REPONSE EST DANS L'ACRONYME !** 😊

**EI** → **G + S**

**L'ÉVÈNEMENT INDÉSIRABLE EST-IL INATTENDU ?**

**A-T-IL ENTRAÎNÉ DES CONSÉQUENCES POUR LE PATIENT ?**

**GRAVE TEL QUE ?**

- Le décès ?
- La mise en jeu du pronostic vital ?
- Un probable déficit permanent ?
- Une malformation congénitale ?

**EST-IL DIRECTEMENT ASSOCIÉ À DES SOINS RÉALISÉS LORS :**

- D'investigations ?
- De traitement ?
- D'actes médicaux ?
- Ou d'actions de prévention ?  
Par exemple: un défaut de soins

**Posez vous toutes ces questions et procédez par élimination OUI OU NON**

**Vous devez avoir 100% de OUI à toutes ces questions pour affirmer qu'il s'agit d'un EIGS !** 😊

\*Selon la définition du 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.

octobre 2022

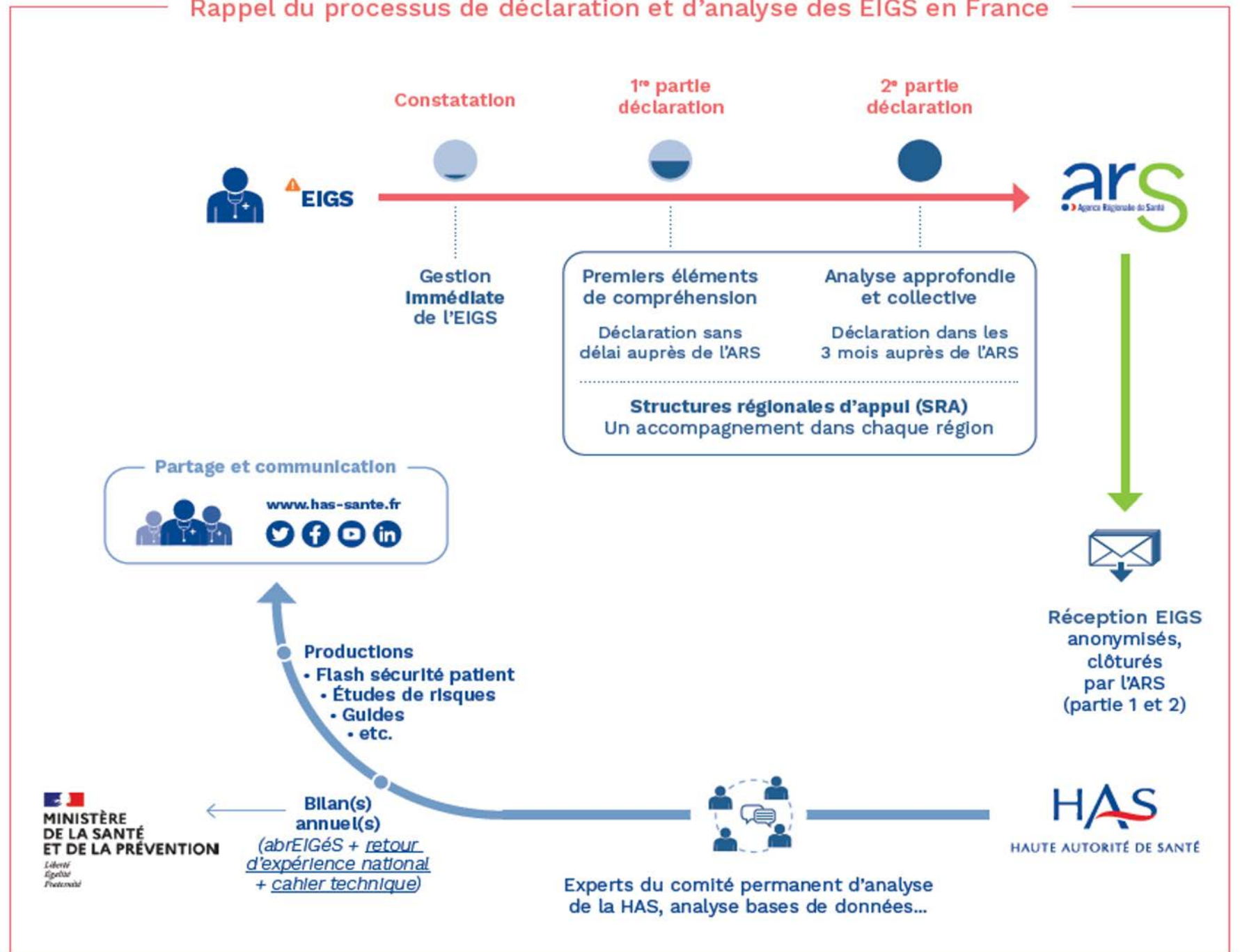


- ▶ Décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients
- ▶ **Décret n° 2016-1813 du 21 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales**
- ▶ **Arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales**



# Circuit de déclaration

## Rappel du processus de déclaration et d'analyse des EIGS en France





# Circuit de déclaration



## Aide à la déclaration : Modèle de formulaire

Ce modèle vous permet de préparer LA SAISIE EN LIGNE de votre déclaration.

Vous êtes : PROFESSIONNEL\_SANTE

Vous souhaitez déclarer : EIGS\_VOLET1

| Informations sur le déclarant   |  |
|---|--|
| Catégorie déclarant   |  |
| Qualité déclarant   |  |
| Veuillez préciser votre catégorie professionnelle   |  |
| Nom   |  |
| Prénom  |  |
| Téléphone   |  |
| Adresse électronique  |  |
| Nom de l'établissement, de la structure ou du service d'exercice                              |  |
| N° FINESS géographique de l'établissement   |  |
| Informations sur le patient / résident exposé à l'EIGS  |  |
| Quel est le nombre de patients ou de résidents concernés par l'évènement ?                    |  |
| Sexe  |  |
| Age (tranche)   |  |
| En cas de grossesse, veuillez préciser quand est survenu l'EIGS en semaines d'aménorrhée (SA) |  |
| Circonstances de l'évènement  |  |
| Date de constat de l'évènement  |  |
| Lieu de constat de l'évènement  |  |
| Le lieu de constat est-il différent du lieu de survenue de l'évènement ?                      |  |
| Département de survenue   |  |
| Qu'avez-vous constaté?  |  |
| Quelles sont les conséquences constatées pour la personne exposée?                            |  |

## Aide à la déclaration : Modèle de formulaire

Ce modèle vous permet de préparer LA SAISIE EN LIGNE de votre déclaration.

Vous êtes : PROFESSIONNEL\_SANTE

Vous souhaitez déclarer : EIGS\_VOLET2

| Référence du volet 1  |  |
|---|--|
| Quel est le numéro de référence du premier volet de déclaration?                                    |  |
| Informations sur le déclarant   |  |
| Catégorie déclarant   |  |
| Vous déclarez en qualité de ?   |  |
| Veuillez préciser votre catégorie professionnelle   |  |
| Nom   |  |
| Prénom  |  |
| Téléphone   |  |
| Adresse électronique  |  |
| Nom de l'établissement, de la structure ou du service d'exercice                                    |  |
| N° FINESS géographique de l'établissement   |  |
| Lieu de survenue de l'évènement   |  |
| Département de survenue   |  |
| Lieu de survenue de l'évènement   |  |
| Si vous avez saisi "autre", veuillez préciser   |  |
| Préciser l'activité concernée en établissement de santé ou la structure de soins de ville concernée |  |
| Si vous avez saisi "autre", veuillez préciser   |  |
| Information sur la prise en charge  |  |
| Quel est le diagnostic principal de prise en charge avant l'EIGS ?                                  |  |
| Avant la survenue de l'EIGS, quelle était la complexité de la situation clinique du patient ?       |  |
| Quel était le but de l'acte de soins ?  |  |
| La prise en charge était-elle programmée ?  |  |



# ESMS : que doit-on déclarer ?

Sinistres et évènements météorologiques exceptionnels

Situations de maltraitance

Comportements violents de la part d'usagers à l'égard d'autres usagers ou de professionnels

Accidents / incidents liés aux défaillances structure et évènements en santé environnementale

Actes de malveillance au sein de la structure

Situations de perturbations de l'organisation ou du fonctionnement liées à des difficultés relationnelles récurrentes avec la famille

Accidents / incidents liés à une erreur ou à un défaut de soins ou de surveillance

Perturbations dans l'organisation du travail et la GRH

Décès accidentels ou consécutifs à un défaut de surveillance ou de prise en charge

Disparitions de personnes en structures après alerte des autorités



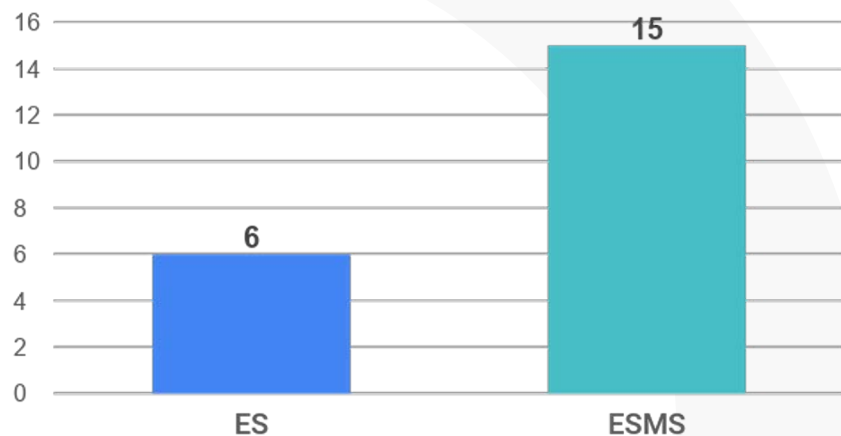
Suicides ou tentatives au sein de la structure



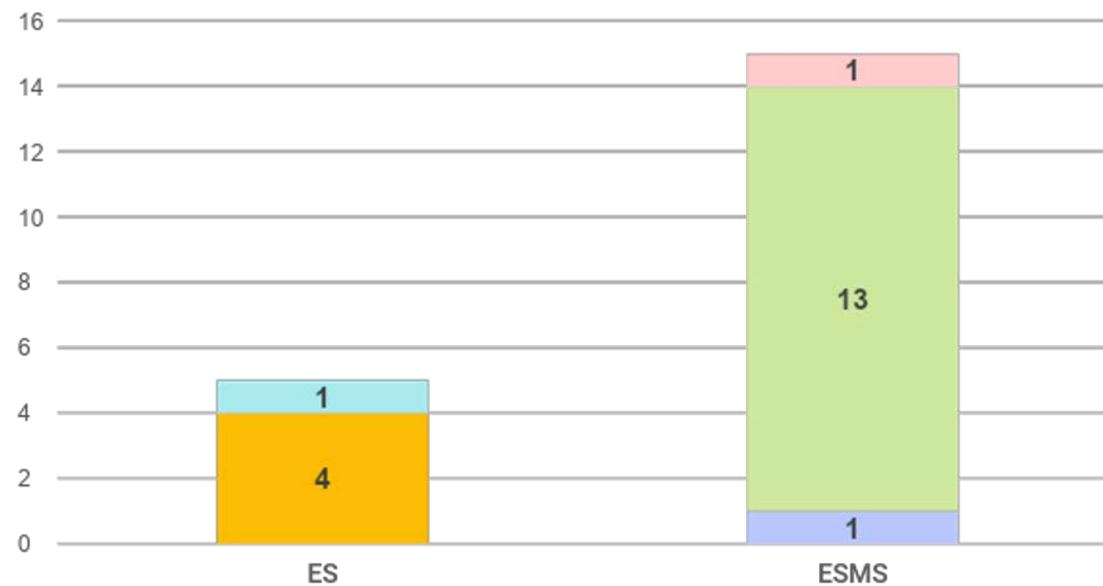
# EIGS déclarés en région PACA liés à une erreur d'identification

Focus sur la période d'octobre 2022 à mars 2023

### Répartition EIGS par secteur



### Répartition EIGS par thématique

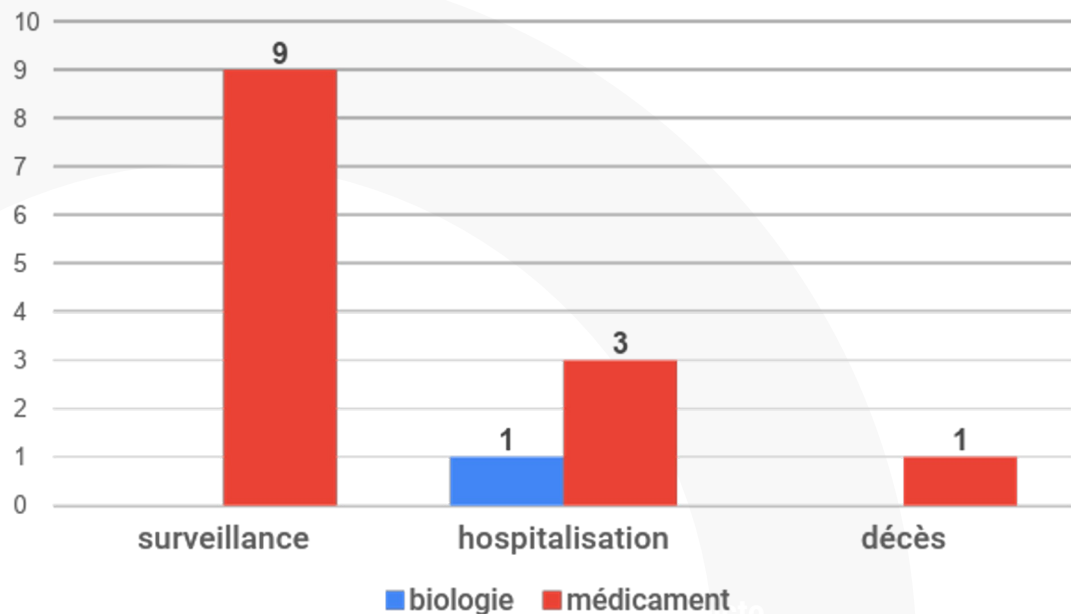


- biologie
- bloc operatoire
- imagerie/medecine nucleaire
- medicament
- transfert
- transfert



# EIGS déclarés en région PACA

## Conséquences des EIGS pour les patients



**A noter** : sur les 15 patients qui ont fait l'objet d'un EIGS déclaré par un ESMS, 6 d'entre eux (soit 40%) étaient pris en charge par des professionnels n'étant en poste pérenne dans la structure (intérimaires, vacataires).

## Focus sur la période d'octobre 2022 à mars 2023

L'analyse de ces EIGS selon la méthode ALARM permet d'identifier tous les facteurs contributifs et de mettre en œuvre des actions pertinentes.

L'identification du « facteur professionnel » qui porte notamment sur la compétence du professionnel et sa connaissance des procédures de sécurisation, implique la mise en œuvre d'actions de formation et de sensibilisation, élément essentiel notamment pour les professionnels intérimaires/vacataires compte tenu de leur intervention régulière en ESMS.

100% des EIGS ont fait l'objet d'actions correctives et d'amélioration



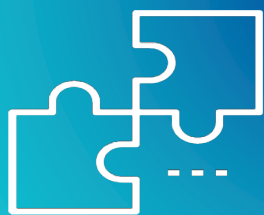
Formalisation  
procédure / guide de  
déclaration



Formation des  
équipes



Information /  
Communication



Analyse  
pluridisciplinaire



Suivi du plan d'actions /  
Évaluation des pratiques

# Points essentiels

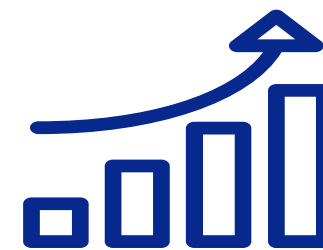
**Exhaustivité des données renseignées dans le volet de déclaration  
Attendus de la certification des ESMS**

**Manuel de certification :**

**OBJECTIF 3.13** - L'ESSMS assure le recueil et le traitement des événements indésirables.

- CRITÈRE 3.13.1 - L'ESSMS organise le recueil et le traitement des événements indésirables.
- CRITÈRE 3.13.2 - L'ESSMS communique sur le traitement des événements indésirables auprès des parties prenantes.
- CRITÈRE 3.13.3 - Les professionnels déclarent et analysent en équipe les événements indésirables et mettent en place des actions correctives.

# Propositions d'actions



- ▶ Promouvoir **la culture de la déclaration** des événements indésirables
- ▶ **Formaliser l'organisation de déclaration** / analyse – plan d'actions en interne (Qui ? Circuit ? Support ?)
- ▶ **Elaborer et diffuser une Charte de confiance** et d'incitation à la déclaration des événements indésirables (culture non punitive)
- ▶ **Former / sensibiliser** les professionnels avec le GRIVES
- ▶ Utiliser au besoin les **outils d'aide à la déclaration EIGS** sur le portail de déclaration de l'ARS PACA
- ▶ **Solliciter la Structure Régionale d'Appui PASQUAL** pour la déclaration et l'analyse collective de l'EIGS en associant les professionnels de santé (libéraux, hospitaliers)
- ▶ **Elaborer des outils d'aide** afin de faciliter l'intégration des professionnels (nouveaux et intérimaires/vacataires), adaptés aux risques de la structure notamment pour le risque d'erreur d'identité lié à la prise en charge médicamenteuse
- ▶ **Déployer des outils ludiques** : chambre des erreurs – permis d'identitovigilance



# 03

## Place de l'identitovigilance en certification HAS

---

**Laurence CHAMPION**  
**Chérifa NIMAL**  
**Pilotes du GRIVES**

# Quelle place dans **la certification ?**

**Une pratique exigible prioritaire en V2014**

**Les attendus en identitovigilance dans le manuel de certification 2023**

- **Critère standard**
- **Vérification des pratiques à travers différentes méthodes d'évaluation**

**Observations (grille mobilisée sur tous les audits traceurs)**

**Parcours traceurs**

**Mais aussi patient traceur, traceur ciblé (médicaments, transport...)**







## Dans la précédente itération (V2014) :

- Identitovigilance est une Pratique Exigible Prioritaire (PEP)
  - ⇒ Niveau d'exigence attendue identique pour la partie identité primaire et secondaire
- Maîtrise de ce critère PEP vérifiée à partir :
  - ⇒ De l'audit processus PEP identitovigilance avec la vérification par les experts visiteurs de l'organisation de la thématique, la mise en œuvre, la réalisation d'audits, et le ou les plans d'actions en cas d'écart(s).
  - ⇒ Audit réalisé avec les professionnels en charge de l'identitovigilance à partir d'entretiens avec la structure d'identitovigilance de l'ES
  - ⇒ Des audits de patients traceur par entretien avec chaque patient et équipe à partir de la traçabilité dans le dossier patient



## Dans la nouvelle certification "2020"

- Les PEP ont disparu au profit de critères impératifs
- Dans la nouvelle itération , l'identité patient est devenu un critère standard donc considéré « comme acquis »
  - ⇒ Un critère dédié
    - Critère 2.3-01 Les équipes respectent les bonnes pratiques d'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge
  - ⇒ Qui concerne « tout l'établissement »
    - Ce qui veut dire tout service quel que soit l'activité/la spécificité (psychiatrie, MCO, SSR, USLD)
  - ⇒ Pas de critère possible de NON APPLICABILITÉ



# Dans la nouvelle certification “2020”

## • Un volet relatif à l'identification PRIMAIRE

- L'identification fiable et unique du patient à toutes les étapes de sa prise en charge et à chaque venue permet de relier toutes les données relatives à une personne et de délivrer l'acte prescrit à la bonne personne.
- L'identification comporte obligatoirement les éléments suivants : nom de naissance, 1er prénom d'état civil, date de naissance, sexe. Le nom d'usage peut être ajouté à condition de le différencier explicitement du nom de naissance.
- Les personnels administratifs et les professionnels de santé sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification.

## • Un volet relatif à l'identification SECONDAIRE

- La vigilance de tous les acteurs permet de maîtriser le risque d'erreur. Les équipes informent le patient qu'à chacune des étapes de sa prise en charge, la concordance entre son identité, ses prescriptions et les actes fera l'objet d'une vérification et elles l'impliquent autant que possible dans cette procédure de sécurité.
- Les personnels administratifs et les professionnels de santé sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification.
- Avant tout acte, ils vérifient la concordance entre le bénéficiaire, la prescription de l'acte et les traitements médicaux.

## • Un volet relatif à la gestion des risques

- L'identitovigilance permet de limiter le risque d'erreurs potentiellement graves liées à une mauvaise identification (erreur de site opératoire, erreur de traitement, erreurs de résultats de laboratoire...).

# Quels attendus?



**Critère 2.3-01** Les équipes respectent les bonnes pratiques d'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge

## Éléments d'évaluation



### Professionnels

- Les lieux où s'effectue l'identification des patients, ainsi que les acteurs impliqués dans l'identification, sont connus.
- L'ensemble des documents du dossier du patient sont identifiés.

Parcours  
traceur

### Observations

- Le patient dispose d'un dispositif d'identification (bracelet ou toute autre alternative à son identification dans le respect de la confidentialité et de sa dignité) qui est systématiquement vérifié au cours des examens complémentaires ou actes thérapeutiques.

Observation

**Lors de tous les parcours traceurs il sera vérifié :**

- Les attendus en terme d'identification primaire
  - Les attendus en terme d'identité sur les dossiers
- Le parcours traceur retrace le parcours et à chacune des étapes, les règles d'identification seront vérifiées de l'accueil jusqu'à la sortie.

**Lors de tous les autres traceurs (patients traceurs, traceurs ciblés) :**

- Il sera vérifié à la fois la mise en œuvre de la procédure d'identification du patient (bracelet ou autre) et la procédure de vérification des concordances (médicament, transport.....)



# Comment cela est-il investigué ?

- **Lors des Parcours Traceurs**

- A toutes les étapes
- Au niveau de l'identification primaire et secondaire
  - ⇒ Question sur les pratiques d'identitovigilance lors de la réalisation du parcours physique patient : accueil administratif, lors des examens d'exploration, au bloc opératoire, en service de soins, lors d'administration de médicaments à haut risque/never event, lors de la sortie administrative, lors du décès patient
- Dans les documents de liaison
  - ⇒ Check list
  - ⇒ Dossier transfusionnel
  - ⇒ Lettre de liaison (Indicateur IQSS)
    - Les informations permettant la continuité des soins lors d'un transfert intra ou extrahospitalier intègrent : **l'identité complète du patient**, les antécédents, les facteurs de risque, les conclusions de l'hospitalisation du service adresseur, les résultats des derniers examens complémentaires, les prescriptions...



# Comment cela est-il investigué ?

## De manière générale lors de TOUS les traceurs

### EXEMPLES

- **Lors du Traceur Ciblé Transport interne**
  - Vérification de l'identité du patient à toutes les étapes, formation des professionnels, procédures...
- **Lors du Traceur Ciblé médicaments**
  - Vérification de l'identité du patient à toutes les étapes, formation des professionnels, procédures...
- **Lors du traceur ciblé transfusion**
  - Vérification de l'identité du patient à toutes les étapes, formation des professionnels, procédures
- **Lors du tracé ciblé IAS (par exemple en endoscopie traçabilité identité patient/DMR,...)**
- **Lors de l'audit patient traceur**
  - Entretien avec le patient
    - Permet de recueillir la perception du patient sur sa prise en charge (de jour et de nuit) et de recueillir des éléments factuels tels que l'évaluation et le soulagement de la douleur, son traitement médicamenteux, le bénéfice/risque des actes qui lui ont été prescrits, l'information reçue, **la vérification de son identité, etc.**
  - Entretien avec l'équipe
    - **Recherche de la traçabilité de la vérification de l'identité du patient** à l'admission, lors des soins dont bloc opératoire (check list), lors des examens biologiques et d'explorations radiologiques, lors des soins à risque (administrations médicamenteuses avec double contrôle si besoin, PSL, radiothérapie...), lors de la remise de documents ...

# Identité patient, mais aussi identité des professionnels...



## Critère 3.2-03 L'établissement a une communication centrée sur le patient

L'établissement a intégré la communication comme un élément clé de la qualité et de la sécurité des soins qui implique l'ensemble des parties prenantes (patients, aidants, familles, soignants, le secteur social, etc.). La stratégie de communication s'entend tout au long du parcours du patient (du domicile à son retour au domicile ou de l'établissement adresseur vers l'établissement dans lequel le patient est transféré).

Tout l'établissement Standard

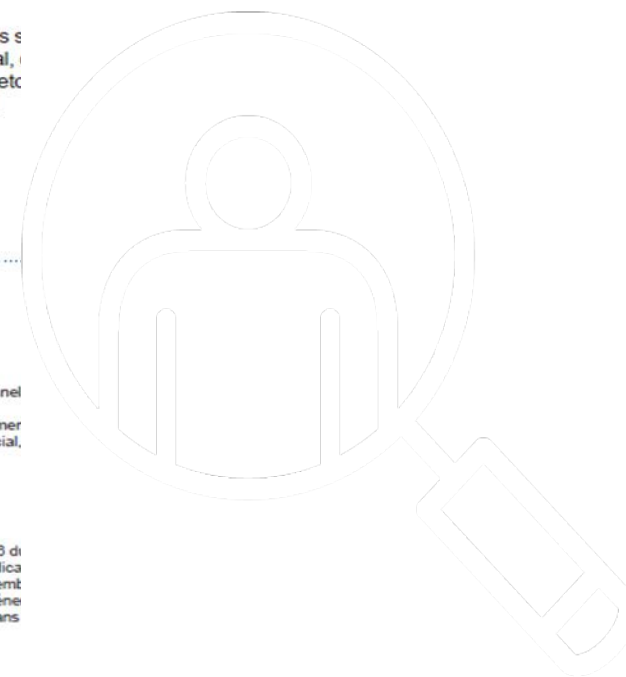
| Éléments d'évaluation  |               |
|--|---------------|
| <p><b>Gouvernance</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>L'établissement assure la promotion des bonnes pratiques de communication entre les professionnels et les patients ou leur entourage : politique d'information et de communication auprès des patients, livret d'accueil du nouvel arrivant, formation continue, mise à disposition d'outils facilitants.</li><li>Des formations à la communication avec le patient sont proposées dans le plan de formation (formation écoute active, reformulation, outils ou supports d'aide à la communication...).</li><li>Les plaintes et réclamations des patients font l'objet de communications de synthèse dans les instances de CME, la commission des soins, le cas échéant, et à la commission des usagers. Elles sont suivies et alimentent les actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité.</li><li>L'établissement assure une prévention des situations difficiles en matière de communication en facilitant le recours des patients (ou aidants, accompagnants, proches) et des équipes au médiateur, si besoin.</li><li>Les résultats de la promotion des bonnes pratiques sont évalués par la gouvernance, notamment du point de vue du patient (e-Satis), pour améliorer sa stratégie de diffusion.</li></ul> | Audit système |
| <p><b>Professionnels</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>Les plaintes et réclamations des patients sont connues.</li><li>Des formations à la communication avec le patient sont proposées aux professionnels.</li></ul>  |               |
| <p><b>Observations</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>Les professionnels sont <b>identifiables</b> par catégorie professionnelle.</li></ul>   | Observation   |

### Références HAS

- Faire dire, 2016.
- Briefing et debriefing, 2016.
- Saed : un guide pour faciliter la communication entre professionnel de santé, 2014.
- Soutenir et encourager l'engagement des usagers dans les secteurs social, médico-social et sanitaire, 2020.

### Références légales et réglementaires

- Art. R. 6111-2 du CSP.
- Circulaire n° DGOS/PF2/2011/416 du 18 novembre 2011 en vue de l'application du décret n° 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé.





# 04

## Identitovigilance & INS dans le médico social Retours d'expérience

---

**M Philippe PASSIS**  
Directeur, RESSOURCIAL

**Mme Nadège VANNESTE**  
Cheffe de projet, Collectif SI ESMS



**Collectif SI**  
**MÉDICO-SOCIAL**  
Provence-Alpes-Côte d'Azur

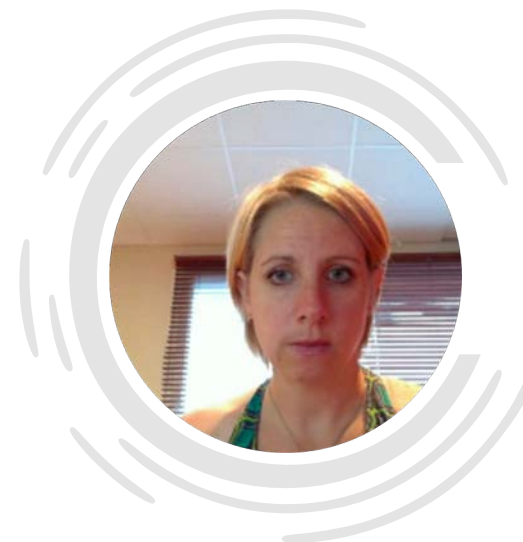




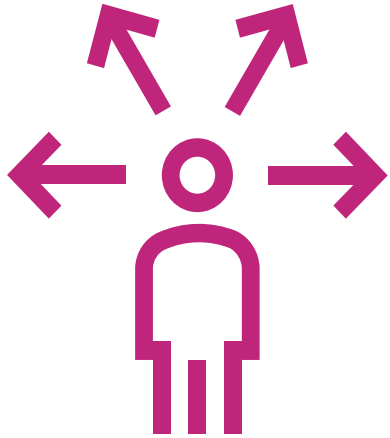
# VOS INTERLOCUTEURS ET INTERVENANTS



**Philippe PASSIS**  
Ressourcial / Expert ANAP



**Nadège VANNESTE**  
IRSAM / Expert ANAP



**Le collectif, ses missions, son organisation**



**Identitovigilance - retour d'expérience  
IRSAM**



**INS - retour d'expérience**

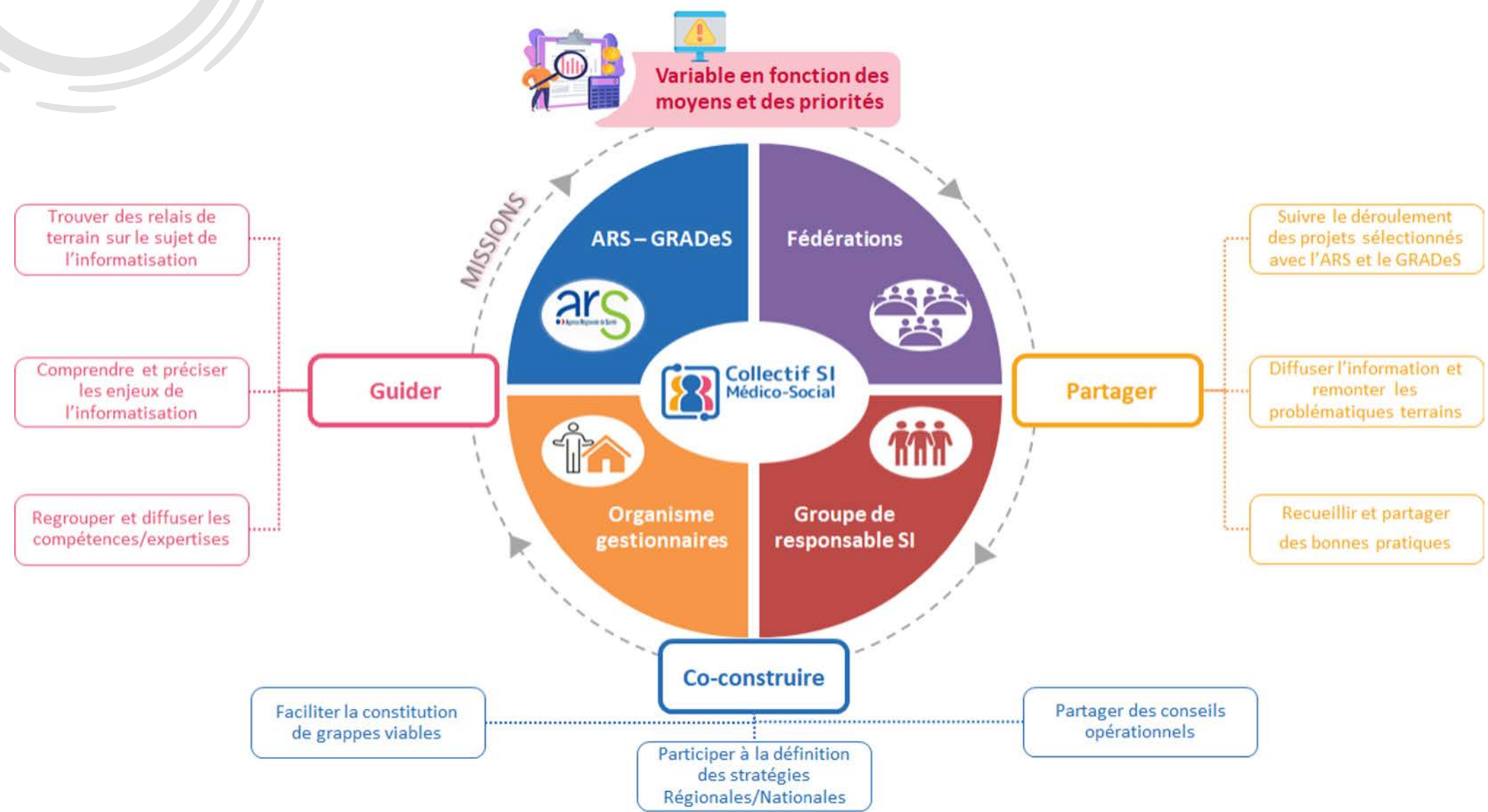


# 1. Le collectif SI

---

Ses missions, son organisation

# Les missions du collectif





# Notre **définition** du collectif

**Un réseau** de compétences

**Un outil** pour accompagner la transformation numérique du secteur



**Un espace** de mutualisation et de partage

**Une feuille de route** faite pour les établissements et services, avec les acteurs impliqués dans le collectif

*« Le travail individuel permet de gagner un match mais c'est l'esprit d'équipe et l'intelligence collective qui permet de gagner la coupe du monde ».*

Aimé JACQUET



# La **composition** des membres



Le collectif SI est constitué de **représentant.e.s dont les compétences relèvent du secteur médico-social, et social en lien avec le numérique** :

- Délégué.e.s des fédérations
- Directeur.rice.s de structure
- Référent.e.s de structure en charge des SI (DAF,...)
- Responsables ou Directeur.rice.s des Systèmes d'Information
- Responsable Sécurité des SI



les fédérations d'employeurs ou les organisations représentatives du secteur médico-social et social



un groupe d'experts SI



des groupes de travail à définir



# 2. Identito vigilance

---

Retour d'expérience IRSAM

# IDENTITOVIGILANCE & INS à l'IRSAM

---

## L'ASSOCIATION IRSAM

- une trentaine d'établissement pour personnes handicapées et services sur 3 régions
- des fonctions supports structurées notamment sur les systèmes d'information et la qualité
- 2 outils de dossier usager informatisé
- l'association est engagée dans 2 programmes ESMS numérique

## ENGAGEMENT DE LA DÉMARCHE D'IDENTITOVIGILANCE

- première sensibilisation auprès des directions de l'association en avril 2022
- co construction d'une feuille de route avec le service qualité articulant
  - l'organisation de l'identitovigilance
  - le déploiement de l'INS dans nos DUIs
- mobilisation de ressources/outils
  - ressources ANAP - kit de déploiement de l'identitovigilance dans le secteur
  - appui régionaux (GRIVES - TESIS)

32



 Mise en œuvre pilotée par la direction et portée par un référent en identitovigilance

## Phase 1 - Déployer

Définir la stratégie

- Inscrire l'identitovigilance dans la stratégie d'établissement
- Evaluer les ressources et nommer le référent identitovigilance
- Installer la gouvernance

Acteur central



Dir ESMS

Conduire l'état des lieux / Etablir le plan d'actions

- Analyser :
  - Les pratiques et procédures existantes
  - Les outils SI existants
- Organiser la réponse aux besoins

Acteurs centraux



Réf IV

RSI

Intégrer la démarche aux pratiques

- Rédiger la charte et la politique d'identitovigilance de l'établissement
- Rédiger ou actualiser les procédures internes impactant les pratiques métiers et le SI
- Construire les outils et le plan de formation des professionnels

Acteurs centraux



Réf IV

RSI

## Phase 2 – Suivre et améliorer (Evaluer)

Suivre et communiquer

- Définir les indicateurs et construire les outils de suivi
- Communiquer les mesures des indicateurs

Acteur central



Réf IV

Analyser et rectifier

- Analyser les évènements indésirables liés à l'identité
- Ajuster les procédures internes si nécessaire
- Evaluer la politique d'identitovigilance et les actions

Acteurs centraux



Réf IV

Dir ESMS

|                         |   |   |
|-------------------------|---|---|
| Foc<br>us<br>RNI<br>V 3 | Exigences et recommandations spécifiques aux structures non hospitalières |   |
|                         | Exi SNH 01  | Toute structure non hospitalière doit se doter d'instance(s) de gouvernance dédiée(s) à la gestion des risques adaptée(s) à sa taille et à ses activités. |
|                         | Exi SNH 02  | Un référent en identitovigilance doit être identifié dans toute structure de santé de plus de 10 professionnels.  |

## Préconisation

Faire converger ces exigences avec des organisations ou instances existantes

*par exemple*

Instance de gouvernance: *CODIR ou COQUA*

Personne en charge de l'identitovigilance : *référent qualité ou cadre avec mission particulière*

1- définir les préconisations - *DSIO/Qualité - décembre 2022*

2- présentation en CODIR Siège pour validation et ajustements – *NV/AT janvier 2023*

3- présentation en CODIR ESMS pour déclinaison par EMSS par le directeur de structure – *NV/AT janvier 2023*

=> identifier pour chaque ESMS l'instance de gouvernance

et la personne en charge d'identitovigilance

- communication sur l'identitovigilance

- intervention en CODIR ESMS

4- Intervention des référents régionaux PACA Réunion

5- formalisation pour chaque ESMS de l'organisation retenue (lettre de mission des référents,...) – *fin février 2023*

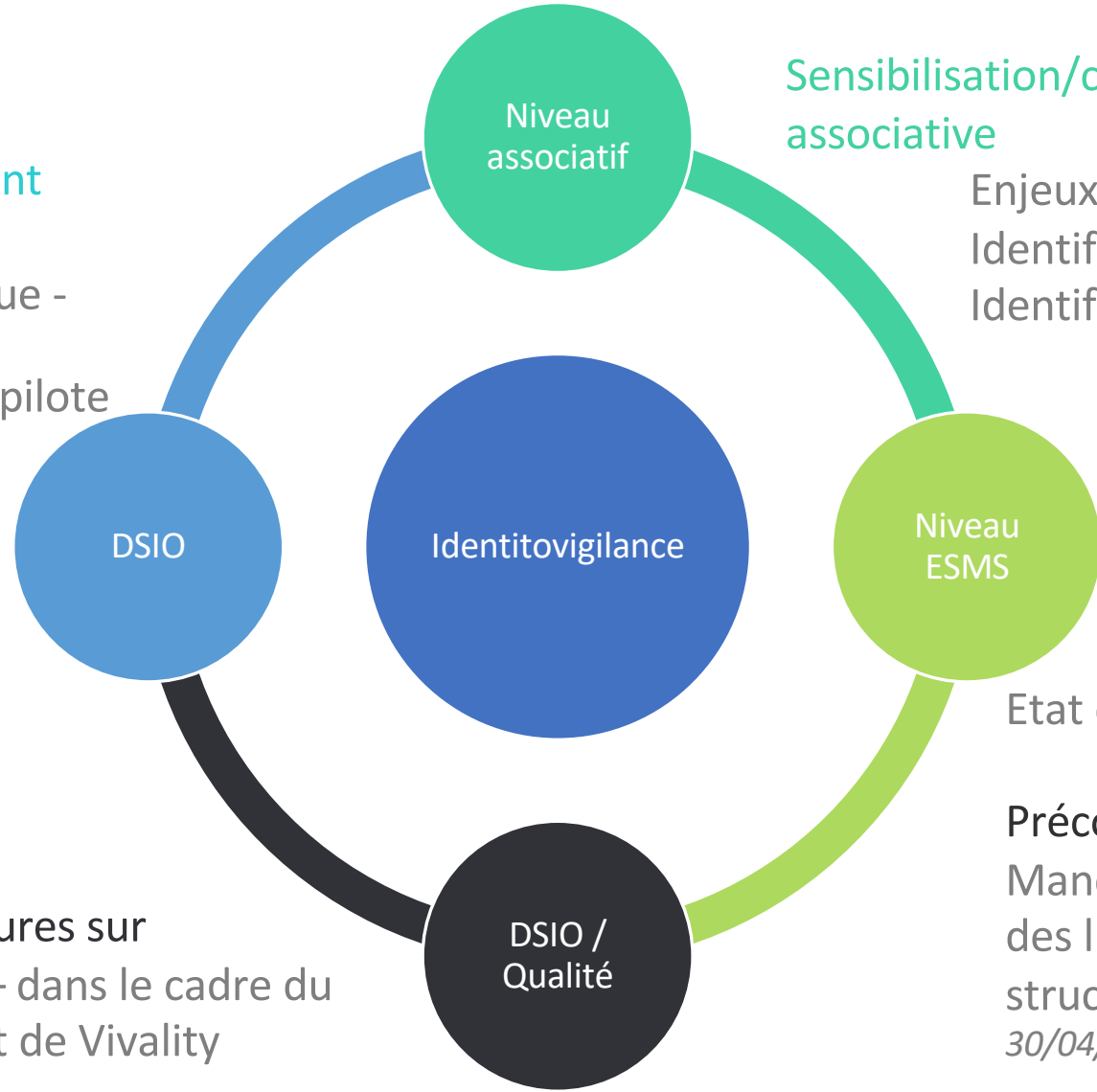
5-formation/ accompagnement des référents Identitovigilance – *T2 2023*

6- DSIO / planifier la conformité techniques des solutions – *DSIO - T1 2023*

Planifier et suivre le déploiement technique de l'INS - 30/04/2023

Déploiement technique - 31/03/2023

Déploiement sur site pilote (usage) - 30/04/2023



Sensibilisation/communication associative

Enjeux? Organisation IRSAM  
Identification primaire  
Identification secondaire

Etat des lieux et FDR de l'établissement

Préconisation

Mandater les référents pour faire un état des lieux de l'identitovigilance dans la structure et proposer un plan d'action - 30/04/2023

Actualisation des procédures sur l'identification primaire – dans le cadre du déploiement du DUMS et de Vivality

## Prochaines étapes

---

### IDENTITOVIGILANCE

- Formalisation des organisations en charge de l'identitovigilance dans les établissements
- création d'une communauté de référents - mise en place de premières actions de formation/sensibilisation

### INS

- déploiement technique fin juin sur nos 2 outils
- auto homologation INS

## messages clés

---

### PRINCIPES

en termes d'organisation

- Appui sur des ressources /instances existantes
- Convergence forte avec les fonctions de nos référents/responsables qualité

### DIFFICULTÉS

- Les ressources sont contraintes. Il est compliqué d'absorber ces nouvelles missions  
=> révision des missions du référent identitovigilance à court et moyen terme
- La sensibilisation/compréhension des principes de l'identitovigilance reste insuffisante dans les établissements et service



# 3. INS

---

retour d'expérience



# Le **contexte** du projet



**17 EHPAD public et associatifs** du département du Vaucluse (1303 lits)

**objectif** : améliorer les circuits d'information entre les hôpitaux et leurs établissements

**projet** : acquérir un nouveau DUI et déployer les services socles MSS, DMP pour fluidifier et fiabiliser leur échanges avec le GHT.



# La **démarche** du projet sur l'identitovigilance



**1 référent** identitovigilance **pour les 17 ESMS**

assure la **coordination et aide** les ESMS dans **l'appropriation de la démarche**

**démarche conjointe** au sein de tous les établissements en parallèle

Accompagnement : **4 réunions** en visioconférence, **5 échanges** par mail avec Manuela OLIVER





# Le **témoignage** du référent



*“La charte nous a permis de créer une culture identitovigilance dans l'établissement”*

*“c'est une condition nécessaire pour moderniser les pratiques”*

*“Les niveaux de qualifications sont bien intégrés dans les pratiques et éveil de notre vigilance au quotidien en présence d'une identité non qualifiée”*

*“Aujourd'hui c'est la MSS et le DMP demain VT et ouvre vers d'autres services tels que le téléssoin”*

*“Tout le monde a désormais bien compris la différence entre le numéro de sécurité sociale et l'INS”*

une belle aventure pour le référent, agréablement surpris de ne pas avoir rencontré de difficulté majeure malgré son inquiétude initiale



# Les points **durs**



**Faible culture des outils numérique** et des pratiques de partage d'information que le numérique permet mais une grande implication de toute l'équipe

**contractualisation ANS**

commande et configuration des **lecteurs de cartes CPx**



# Rejoindre le collectif

Un réseau de compétences

Un outil pour accompagner la transformation numérique du secteur



Un espace de mutualisation et de partage

Une feuille de route faite pour les établissements et services, avec les acteurs impliqués dans le collectif



Rester informé de l'actualité du collectif SI MS PACA ?  
Inscrivez-vous ici : <https://cutt.ly/collectifSIMS-PACA>



# Pour aller plus loin...



## Participer à nos prochains événements ?

- Rendez-vous pour les midis numériques :

je m'inscris



<https://cutt.ly/midis-numeriques-collectif-SIMS-PACA>

## Rester informé de l'actualité du collectif SI MS PACA ?

Inscrivez-vous ici : <https://cutt.ly/collectif-SIMS-PACA>



## Une question sur le collectif ? Envie de rejoindre l'équipe d'expert SI ?

- Envoyez un mail à [collectifsims-paca@ies-sud.fr](mailto:collectifsims-paca@ies-sud.fr)



**05**

# **INS Rétrospective et perspectives**

**Dr Manuela OLIVER**

**Référent Régional en Identitovigilance PACA et  
Coordinatrice du GRIVES**



# Un peu d'histoire

**2002**

GMSIH

Recommandations  
en IV primaire (SI  
et pratiques (ES)



**2010**

HAS PEP 15a

Prise en compte  
de l'IV secondaire



**2010**

INSc

Un essai non  
transformé



**2016**

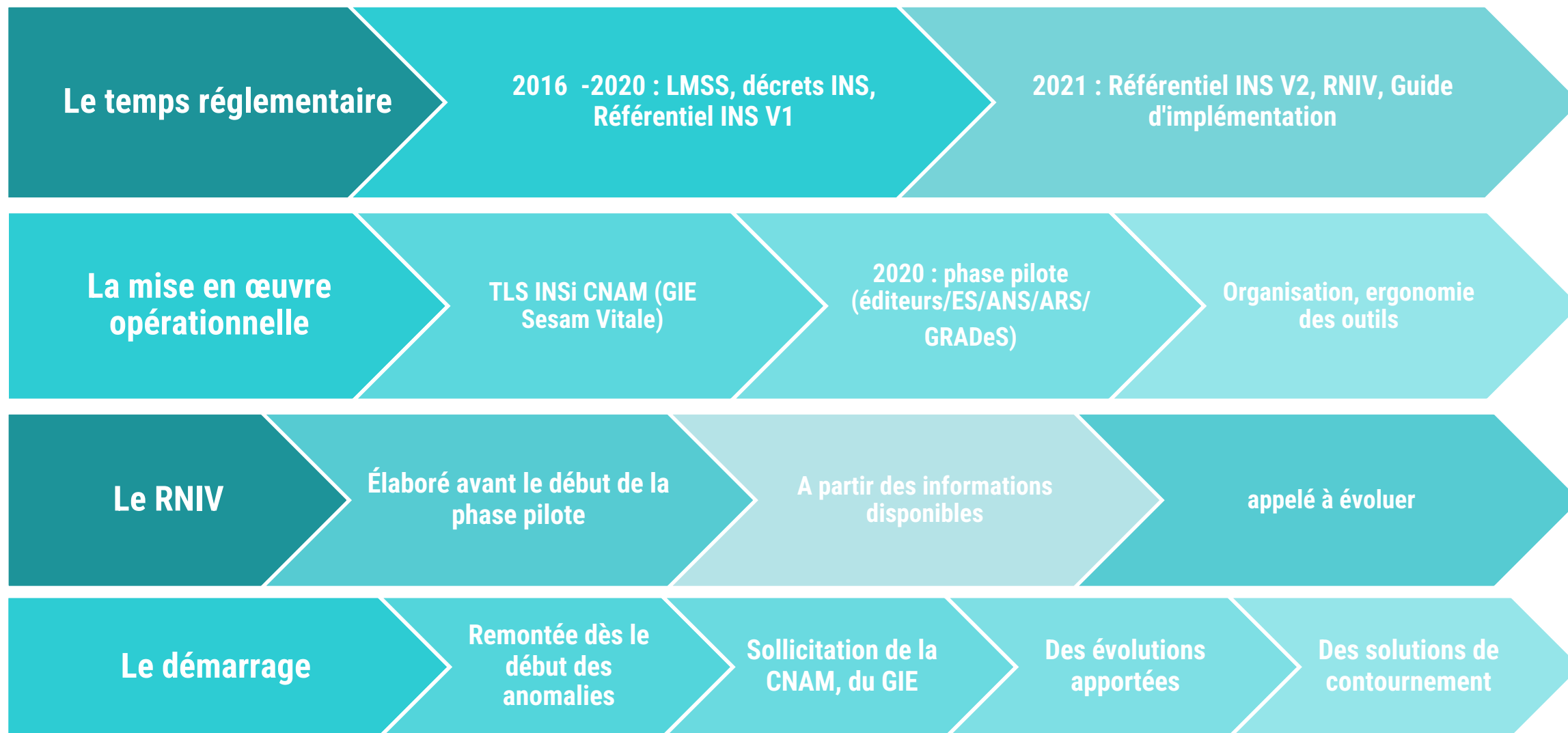
INS

Un nouveau  
départ





# Une accélération à partir de 2016...





# Les premiers retours des ES pilotes – TLS INSi

## Les identités sont tronquées

- ▶ Si nombre de caractères
  - ◆ > 25 Nom de naissance
  - ◆ >15 prénoms de naissance
- ▶ Alerte de l'ANS, investigations GIE SESAM Vitale

## Les actions correctives

sesam-vitale

- ▶ Modification du fonctionnement du TLS INSi





# Les premiers retours des ES pilotes – TLS INSi

## Les codes communes corses ne sont pas conformes

- ▶ Le TLS INSi ne sait pas retourner des caractères alphabétiques

## Evolution du téléservice nécessaire

sesam-vitale



- ▶ Pouvoir retourner des caractères alphabétiques
- ▶ 2A xxx ou 2B xxx



# Les premiers retours des ES pilotes

## Le téléservice renvoie des codes communes inconnus

- ▶ RNIPP et SNGI contiennent les codes lieu de naissance qui existaient au moment de l'enregistrement de l'utilisateur



## Les actions correctives



- ▶ Demande aux éditeurs d'intégrer un historique des codes communes ⇒ **partiel**
- ▶ Demande aux éditeurs d'accepter un code INSEE inconnu dans leur référentiel interne ⇒ **partiel**
- ▶ Demande à l'INSEE de table d'historique des codes pays ⇒ **en cours**



# Les **retours** lors du démarrage de masse

- ▶ Le mode d'interrogation privilégié est la saisie des traits et non la CV comme espéré
- ▶ Un fonctionnement réel du TLS INSi qui ne correspond pas au fonctionnement annoncé (**tirets/apostrophes**)
- ▶ De nombreux retours « aucune identité trouvée » ou « plusieurs identités trouvées »
- ▶ Des INS qui reviennent incomplètes (sans prénom, sans date de naissance, sans lieu de naissance)



# Les **retours** lors du démarrage de masse

- ▶ Des identités non INS sont retournées
- ▶ Des identités qui ne correspondent pas à l'utilisateur sont retournées ⇒ **Collisions**
- ▶ Il existe des discordances entre traits INS et traits de la pièce d'identité
- ▶ Retour d'un prénom d'usage de l'assurance maladie non prévu dans l'INS ⇒ **Confusion des ES et des éditeurs**



# Les actions mises en œuvre

- ▶ Remontée des anomalies au GIE
- ▶ Sollicitation officielle des responsables de traitement du téléservice (CNAM et DNS)
- ▶ **Réflexions, enquêtes, tests...**

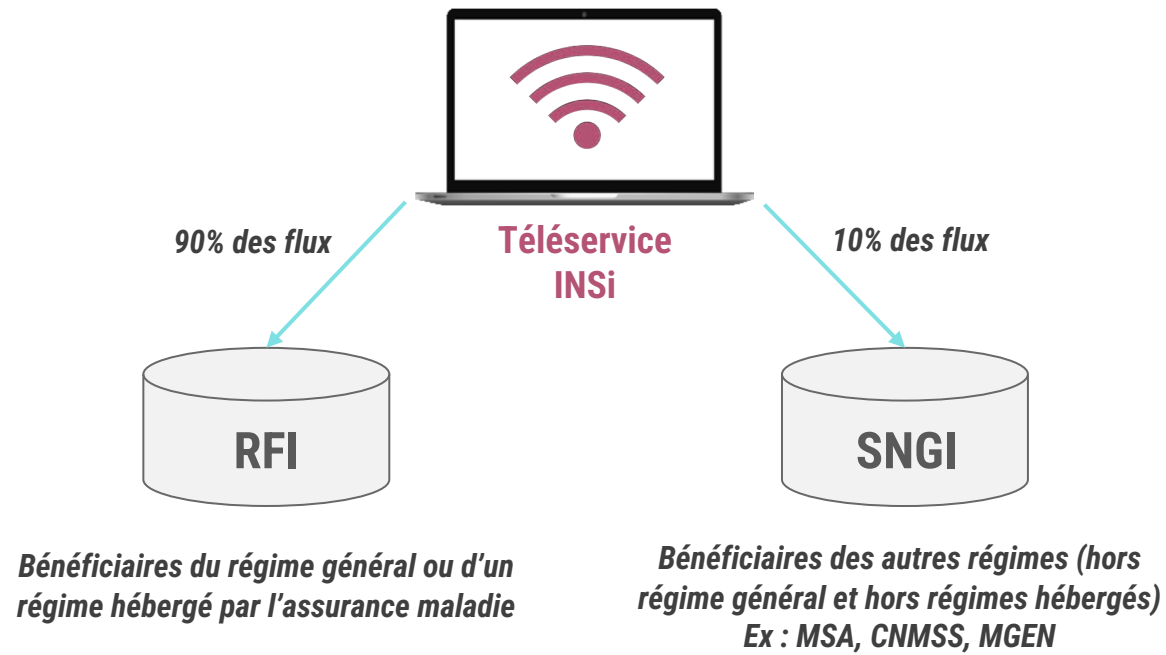




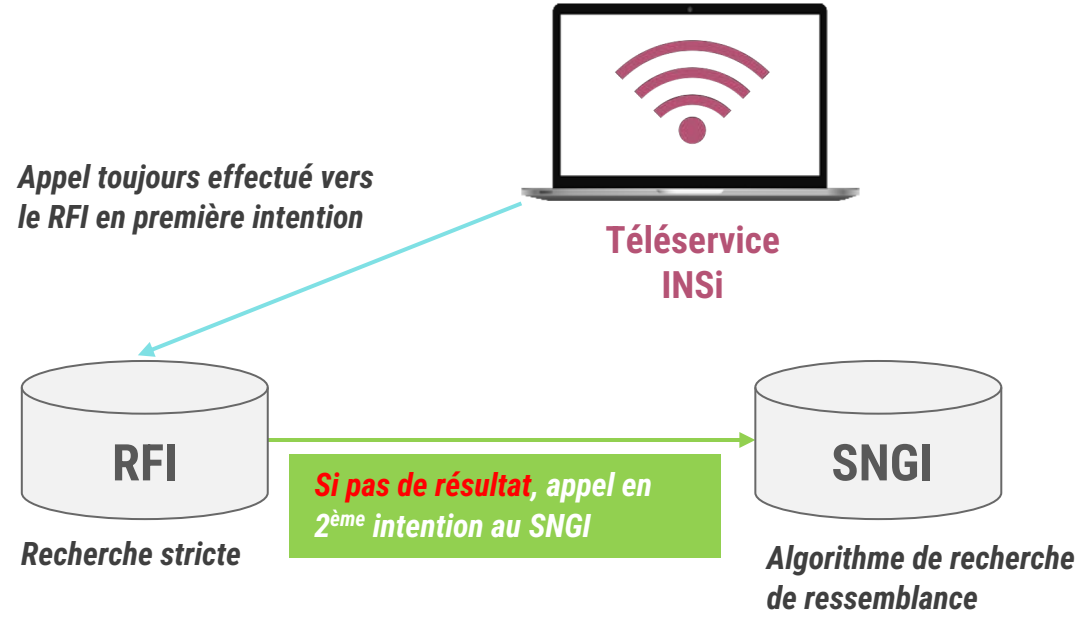


# Détails du fonctionnement du téléservice

## Appel par carte vitale

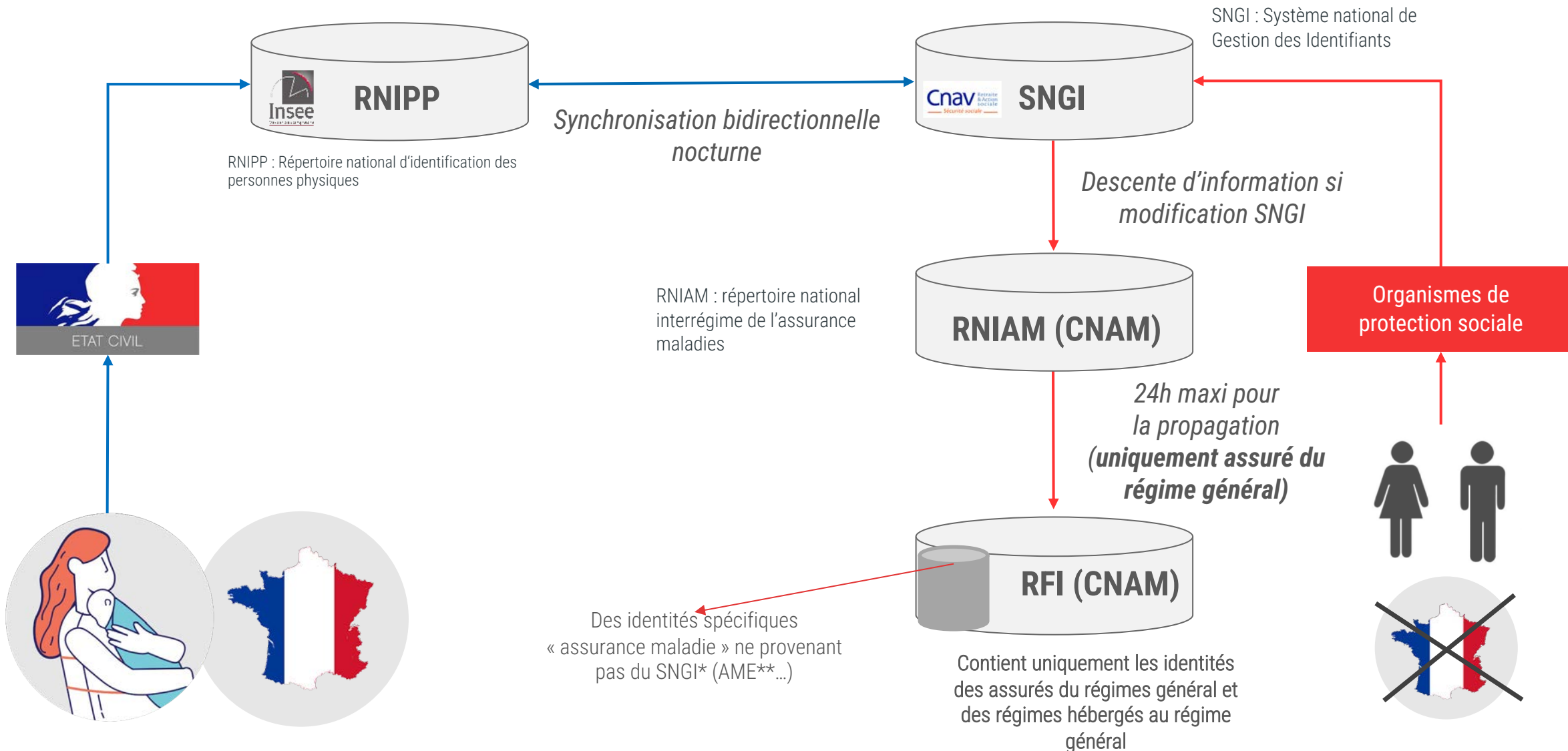


## Appel par saisie des traits





# Les bases d'identités de référence



\* Matricule commençant par autre chose que 1 ou 2 - \*\* Aide médicale d'état





# Les champs du RFI interrogés par le téléservice INSi – avant la V6

Les champs portant l'INS...mais aussi **le nom d'usage**

## Identités présentes RFI

### Critères d'interrogation

- ▶ Nom de naissance : **DURAND**
- ▶ Premier prénom : CLAIRE
- ▶ Sexe : F
- ▶ Date de naissance : 02/05/1968
- ▶ Code lieu naissance (Code INSEE) : 34172



- ▶ Nom de naissance : **DURAND**
- ▶ Nom d'usage :
- ▶ Liste des prénoms : CLAIRE PAULINE
- ▶ Prénom d'usage (assurance maladie) : CLAIRE
- ▶ Sexe : F
- ▶ Date de naissance : 22/05/1968
- ▶ Code lieu naissance (Code INSEE) : 34172

- ▶ Nom de naissance : MARTIN
- ▶ Nom d'usage : **DURAND**
- ▶ Liste des prénoms : CLAIRE AXELLE
- ▶ Prénom d'usage (assurance maladie) : CLAIRE
- ▶ Sexe : F
- ▶ Date de naissance : 22/05/1968
- ▶ Code lieu naissance (Code INSEE) : 34172

« Plusieurs identités trouvées »



# Les champs du RFI interrogés par le téléservice INSi – avant la V6

Les champs portant l'INS...mais aussi **le nom d'usage**

## Critères d'interrogation

- ▶ Nom de naissance : **DURAND**
- ▶ Premier prénom : CLAIRE
- ▶ Sexe : F
- ▶ Date de naissance : 02/05/1968
- ▶ Code lieu naissance (Code INSEE) : 34172



## Identités présentes RFI

- ▶ Nom de naissance : MARTIN
- ▶ Nom d'usage : **DURAND**
- ▶ Liste des prénoms : PAULINE CLAIRE
- ▶ Prénom d'usage (assurance maladie) CLAIRE
- ▶ Sexe : F
- ▶ Date de naissance : 22/05/1968
- ▶ Code lieu naissance (Code INSEE) : 34172



Cette identité était retournée avant la V6 téléservice INSi ⇒ cas de collisions signalés



# Les champs du RFI interrogés par le téléservice INSi

Les champs portant l'INS...mais aussi **le prénom d'usage**  
(champ Assurance Maladie)

## Critères d'interrogation

- ▶ Nom de naissance : DURAND
- ▶ Premier prénom : **PAULINE**
- ▶ Sexe : F
- ▶ Date de naissance : 02/05/1968
- ▶ Code lieu naissance (Code INSEE) : 34172

## Identités présentes RFI

- ▶ Nom de naissance : DURAND
- ▶ Nom d'usage :
- ▶ Liste des prénoms : **PAULINE** CLAIRE
- ▶ Prénom d'usage (assurance maladie) : PAULINE
- ▶ Sexe : F
- ▶ Date de naissance : 22/05/1968
- ▶ Code lieu naissance (Code INSEE) : 34172

- ▶ Nom de naissance : DURAND
- ▶ Nom d'usage :
- ▶ Liste des prénoms : JEANNE
- ▶ Prénom d'usage (assurance maladie) : **PAULINE**
- ▶ Sexe : F
- ▶ Date de naissance : 22/05/1968
- ▶ Code lieu naissance (Code INSEE) : 34172



« Plusieurs identités trouvées »

La V6 téléservice INSi corrige le problème sur les noms...**pas sur les prénoms**



# Les champs du RFI interrogés par le téléservice INSi

Les champs portant l'INS...mais aussi **le prénom d'usage** (champ Assurance Maladie)

## Critères d'interrogation

- ▶ Nom de naissance : DURAND
- ▶ Premier prénom : **PAULINE**
- ▶ Sexe : F
- ▶ Date de naissance : 02/05/1968
- ▶ Code lieu naissance (Code INSEE) : 34172

## Identités présentes RFI

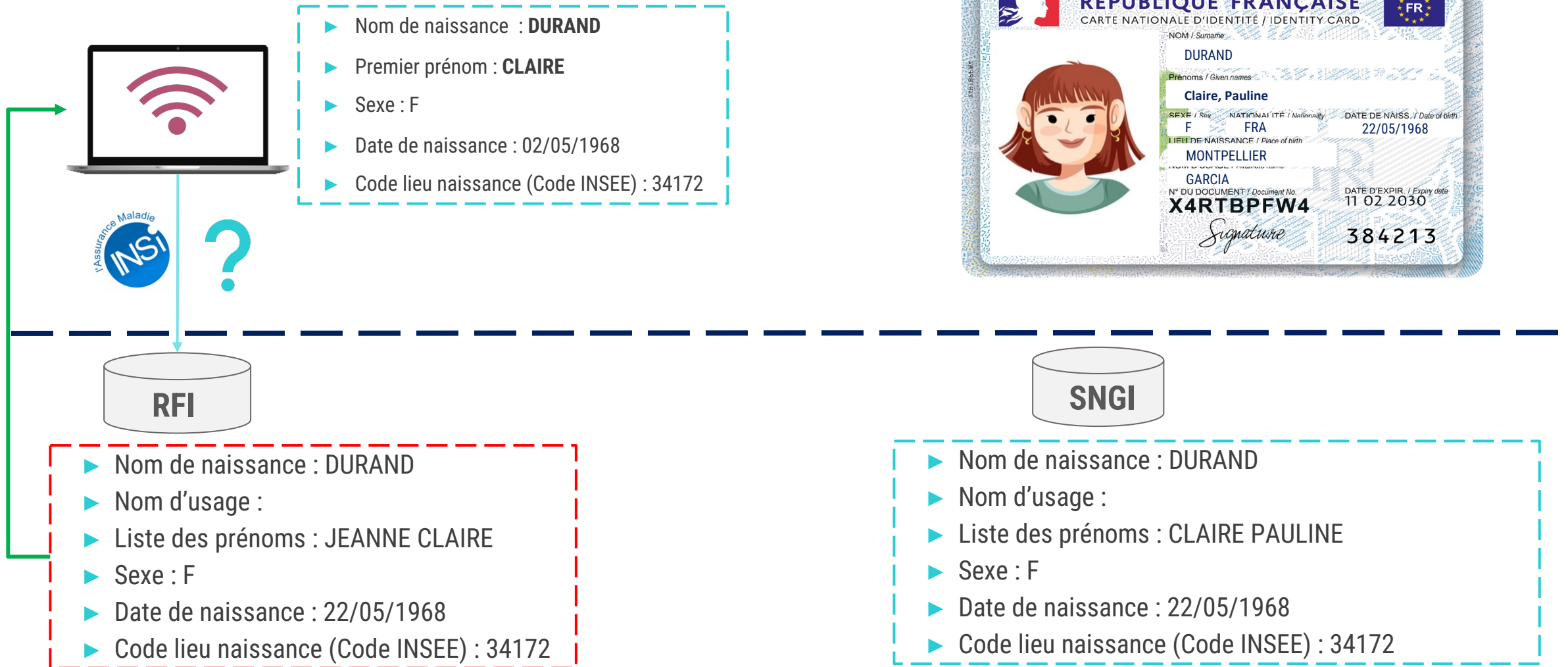
- ▶ Nom de naissance : DURAND
- ▶ Nom d'usage :
- ▶ Liste des prénoms : **JEANNE** CLAIRE
- ▶ Prénom d'usage (assurance maladie) : **PAULINE**
- ▶ Sexe : F
- ▶ Date de naissance : 22/05/1968
- ▶ Code lieu naissance (Code INSEE) : 34172



« Une seule identité trouvée»...**mais pas la bonne**

La V6 téléservice INSi corrige le problème sur les noms...**pas sur les prénoms**

# Si une identité qui correspond aux critères d'interrogation est trouvée au RFI...



...Elle est renvoyée si elle est unique dans le RFI. Le TLS n'interroge pas le SNGI



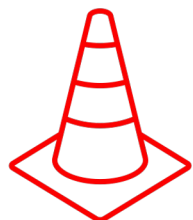
# Évolutions du téléservice INSi



# Le téléservice INSi – Évolutions V5 (2/11/2022)

- **Les codes communes corses sont correctement renvoyés**
- **Les NIA sont renvoyés**
- **Transformation des dates de naissance 00/00/AAAA en 31/12/AAAA**
- **Arrêt du renvoi des identités comportant un numéro interne assurance maladie (Type AME) :**  
« matricule » commençant par autre chose que 1 ou 2
- **Arrêt de l'envoi du prénom d'usage (balise « prénom ») ⇒** Dysfonctionnements observés avec certains RI (Environ 12 RI concernés)
- **Mise en place d'un contrôle strict sur la date de naissance** (cohérence avec la DDN ayant servi à l'interrogation)

# Le téléservice INSi – Evolutions V6 (17/04/2023)



## ► Mise en place d'un contrôle strict sur le nom de naissance

- Le nom de naissance de l'INS restitué par le TLS INSi doit être **exactement identique** au nom de naissance utilisé pour l'interrogation
- Tirets ou apostrophes sont considérés comme différents d'un espace

## Augmentation attendue du nombre de réponse « aucune identité trouvée »

- Rechercher avec le tiret (ou l'apostrophe)
- En cas de réponse infructueuse, remplacer le caractère par un espace



## ► Arrêt de la restitution des identités dont le nom d'usage correspond au nom de naissance utilisé pour la recherche

Avant cette version, si deux identités correspondaient aux critères d'interrogation, l'une avec un nom de naissance identique et l'autre avec un nom d'usage identique, la réponse était « Plusieurs identités trouvées »

## Diminution attendue du nombre de réponse « plusieurs identités trouvées » et du nombre de cas de collision



A confirmer (REX des ES attendu)






# Gérer les cas complexes





# Retour TD 01, TD 02, INS incomplète

- ▶ **Vérifier les traits utilisés** pour l'interrogation du téléservice INSi
- ▶ **Ne pas utiliser le critère lieu de naissance** en première intention lors de l'interrogation du téléservice INSi (nombreuses erreurs sur les lieux de naissance)
- ▶ Ajouter le lieu de naissance si réponse TD 02 (au risque d'obtenir une réponse TD 01)
- ▶ **Si présence d'un tiret** dans l'identité (nom ou prénom), **remplacer le tiret par un espace** (et vice versa)
- ▶ **Faire volontairement une faute** dans le **prénom** pour « forcer » le téléservice à aller interroger le SNGI en seconde intention

 **Uniquement back office**



# Le SNGI n'est interrogé que si le RFI ne contient pas l'identité exacte



- ▶ Nom de naissance : DURAND
- ▶ Premier prénom : CLAIREA
- ▶ Sexe : F
- ▶ Date de naissance : 02/05/1968
- ▶ Code lieu naissance (Code INSEE) : 34172



**Recherche stricte**

Aucune identité ne correspond aux critères d'interrogation

- ▶ Nom de naissance : DURAND
- ▶ Nom d'usage :
- ▶ Liste des prénoms : JEANNE CLAIRE
- ▶ Sexe : F
- ▶ Date de naissance : 22/05/1968
- ▶ Code lieu naissance (Code INSEE) : 34172

Interrogation en seconde intention du SNGI



**Algorithme de recherche de ressemblance**



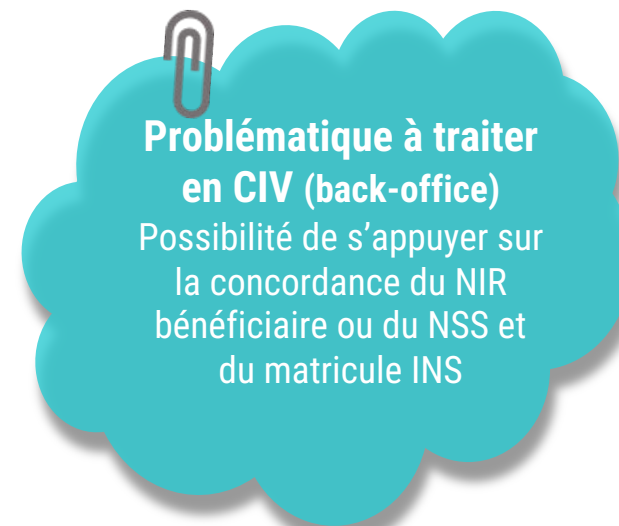
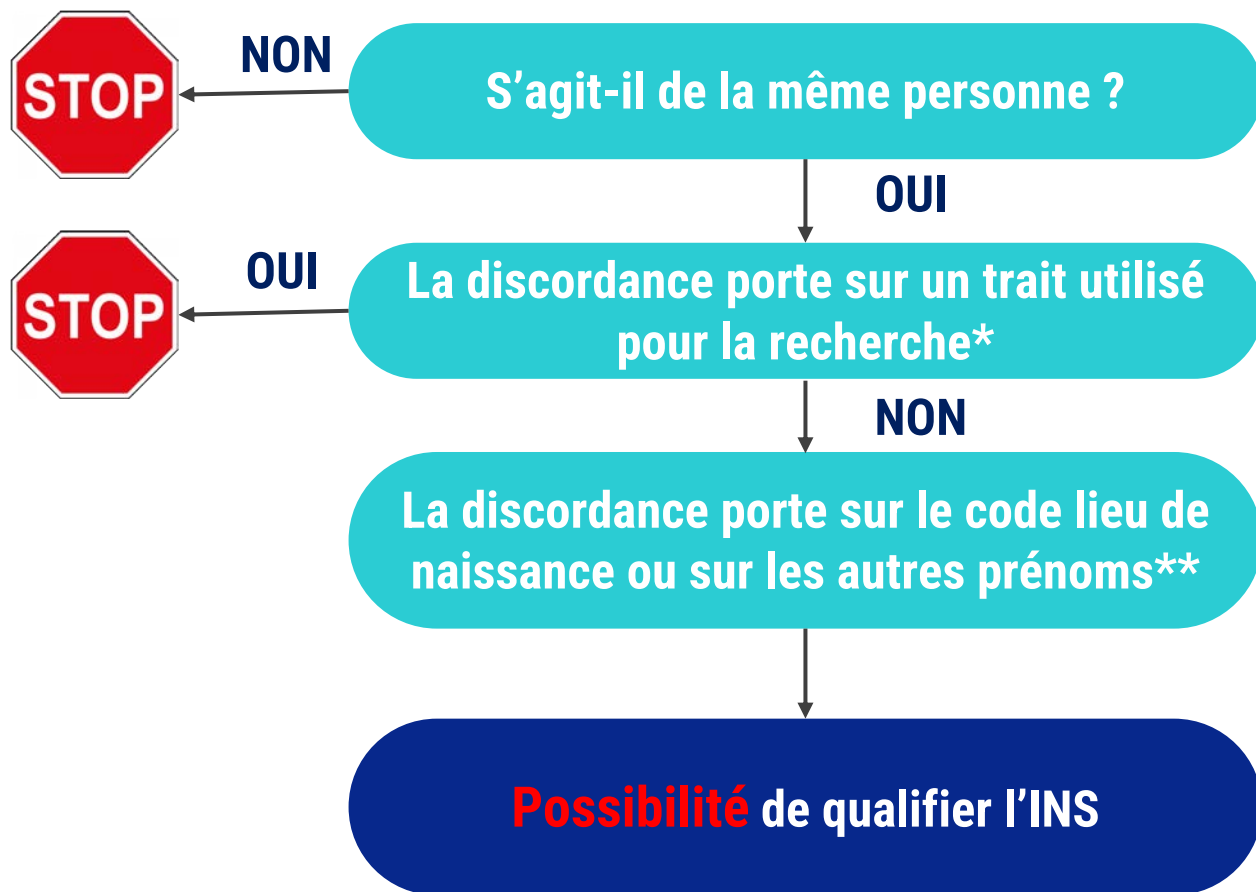
MSA, MGEN, CNMSS

- ▶ Nom de naissance : DURAND
- ▶ Nom d'usage :
- ▶ Liste des prénoms : CLAIRE PAULINE
- ▶ Sexe : F
- ▶ Date de naissance : 22/05/1968
- ▶ Code lieu naissance (Code INSEE) : 34172

L'identité exacte n'est pas retrouvée dans le RFI, grâce à la recherche approchante dans le SNGI, l'identité est retrouvée



# Accepter certaines discordances



\*Date de naissance, Nom de naissance, Premier prénom

\*\*Erreur d'orthographe (Gustave → Gostave), inversion des autres prénoms, nombre de prénoms différents...



# Conduite à tenir

| Type d'erreur                            | Sur la pièce d'identité                    | INS                                       | Fréquence     | Récupération et qualification de l'INS ? |
|--|--|---|---------------|--|
| Nom de naissance                         | N'Guyen<br>N Guyen<br>Nguyen               | N Guyen<br>N'Guyen<br>N Guyen             | +++           | ✓<br>✓<br>✗                              |
| Premier prénom                           | Velentin<br>Gustave<br>Maria<br>Antoine    | Valentin<br>Gostave<br>Sophia<br>Antonio  | +++<br>-<br>+ | ✓<br>✗<br>✗<br>✗                         |
| Prénom composés                          | Jean Claude<br>Jean-Claude<br>Jean, Claude | Jean-Claude<br>Jean Claude<br>Jean-Claude | +++           | ✓<br>✓<br>✗                              |
| Nombre de prénoms<br>(premier identique) | 1<br>3                                     | 3<br>1                                    | +++           | ✓<br>✓                                   |
| Date de naissance                        | 20/04/1944                                 | 02/04/1944                                | +             | ✗  |



**Une dynamique  
continue  
d'amélioration**





# Vers une **amélioration** de la **qualité** de la base **RFI** ?

## Les problèmes

- ▶ La base RFI contient des numéros historiques AME (commençant par 5, 6, 7, 8) qui constituent parfois des doublons
- ▶ La base RFI contient 13 millions d'identités non synchronisées avec le SNGI

## Les pistes d'amélioration

- ▶ Depuis quelques années (2 ans ?) ces numéros ne sont plus attribués, les bénéficiaires de l'AME disposent d'un NIA (donc commençant par 1 ou 2)
- ▶ Les autres numéros internes assurance maladie vont donc disparaître au fil du temps
- ▶ Synchronisation des identités non certifiées sur 18 mois
- ▶ La synchronisation ne traitera pas les doublons d'identités présents dans le RFI



# Poursuivre les travaux avec les responsables de traitement

- ▶ **Remontée des anomalies**
- ▶ **Réunion CNAM/ DNS/ 3RIV**
- ▶ **Pistes d'amélioration**
  - Arrêt de l'interrogation sur les noms d'usage et les prénoms d'usage
  - **Arrêter d'interroger la base RFI mais interroger le SNGI**
  - **Inclure le NIR dans les critères d'interrogation par traits**
  - Permettre aux établissements, à défaut, aux référents régionaux en identitovigilance de déclarer les anomalies au support (à date, seuls les éditeurs peuvent déclarer)





# Evolution du RNIV

- ▶ **Été 2022**, correction de « coquilles », précisions sur pièces d'identités validantes
- ▶ **Été 2023**, une V2 en préparation
  - Evolution dispositifs d'identité haut niveau de confiance (titre de circulation pour étranger mineur, appCV)
  - Ajout « population particulière » (mineurs, militaires...)
  - Conditions de conservation d'une copie de titre d'identité
  - Gestion des discordances, des retours TD 01 et TD 02
  - Développement et intégration dans le corps du texte de la qualification de l'INS pour usagers non physiquement présents et contrat de confiance
  - Précisions sur l'affichage et l'édition des traits, prise en compte du Datamatrix
  - ...



**Participez à la concertation !**



# Flash info



# La doctrine d'exception

Risques  
Perte de confiance  
Erreur d'attribution  
d'INS



## Contexte

- ▶ Manque de communication vers les PSL
- ▶ Contrôle de cohérence **mal accepté par les PSL**

## Une proposition des pouvoirs publics

- ▶ Le **PSL** qui **connaît** son **patient** et qui **procède lui-même à l'accueil**, à l'appel au TLS INSi par lecture **CV exclusivement**
- ▶ Peut, si **INS 100% concordante** avec **l'identité** connue dans le **LGC**,
- ▶ **Attester connaître le patient et qualifier l'INS sans contrôle de cohérence des traits avec une pièce d'identité**
- ▶ Expérimentation **limitée dans le temps** (durée reste à déterminer)



# 06

## Retour sur les audits du GRIVES - Flash 2022

---

**Dr Emmanuel DOS RAMOS**  
Pilote du GRIVES

# LES AUDITS DU GRIVES

Identification de l'utilisateur  
lors d'un **transport interne**





193  
en 2021



**350** Observations  
exploitables



**9** ES participants

- 2 ES Publics (65 observations)
- 7 ES Privés (285 observations)



7 ES  
en  
2021



**MAITRISE**

Maintien des bonnes  
pratiques



**SENSIBLE**

Actions d'amélioration à  
envisager



**CRITIQUE**

Actions correctives  
requis

# DONNÉES GÉNÉRALES



| Trajet |     |      |
|--------|-----|------|
|        | n   | %    |
| Aller  | 223 | 64%  |
| Retour | 127 | 36%  |
| Total  | 350 | 100% |

| Fonction de la personne auditée |     |         |
|---------------------------------|-----|---------|
|                                 | n   | %       |
| Brancardier                     | 345 | 99%     |
| Paramédicaux                    | 5   | 1%      |
| Total                           | 350 | 100,00% |




| Type de transport |     |      |
|-------------------|-----|------|
|                   | n   | %    |
| Programmé         | 298 | 85%  |
| Non programmé     | 52  | 25%  |
| Total             | 350 | 100% |

# DOCUMENT AVEC IDENTITÉ PATIENT



Le brancardier dispose des documents de brancardage mentionnant l'identité complète du patient ( Nom de naissance , nom d'usage, prénom, sexe, date de naissance)

|           | n   | %   |
|-----------|-----|---|
| Complète  | 293 | 84%  |
| Partielle | 12  | 3%  |
| Non       | 45  | 13%   |
| Total     | 350 | 100%  |



En amélioration

## Évolution 2020-2022

|      | %   |
|------|-----|
| 2020 | 71% |
| 2021 | 70% |
| 2022 | 84% |

LA BONNE PRATIQUE


Disposer d'un document mentionnant l'identité complète du patient pour en vérifier la concordance avec l'identité déclarée par le patient ou celle, portée sur le bracelet d'identification



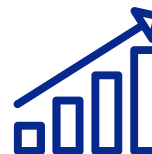


# LA VÉRIFICATION DE L'IDENTITÉ PAR QUESTION OUVERTE OU PAR BRACELET D'IDENTIFICATION

## Vérification de l'identité par le brancardier par une question ouverte

|       | n   | %  |
|-------|-----|--|
| OUI   | 247 | 71%  |
| NON   | 103 | 29%  |
| Total | 350 | 100%   |

mais



En amélioration

## Vérification de l'identité par le brancardier par une question ouverte

|      | %   |
|------|-----|
| 2020 | 52% |
| 2021 | 68% |
| 2022 | 71% |







LA BONNE PRATIQUE

Vérification de l'identité du patient en lui faisant décliner : nom de naissance, premier prénom et date de naissance

# VÉRIFICATION IDENTITÉ SELON CONDITIONS



## Relais par l'équipe et vérification d'identité selon type de transport et trajet

| en%                            | Usager confié par équipe  |     | Identité vérifiée par brancardier  |   |
|--------------------------------|---|-----|--|---|
|                                | Oui   | Non | Oui si confié  | Oui si pas confié   |
| Transport programmé ALLER      | 80%   | 20% | 76%  | 44%  |
| Transport non programmé ALLER  | 24%  | 72% | 100%  | 86%   |
| Transport programmé RETOUR     | 71%   | 29% | 79%  | 59%  |
| Transport non programmé RETOUR | 61%  | 35% | 59%  | 50%  |


- L'identité est moins vérifiée lorsque le patient n'est pas confié par l'équipe !
- L'identité est moins vérifiée lorsqu'il s'agit d'un retour pour un transport non programmé
- Dans **50%** des cas, programmé ou pas, l'identité n'est pas vérifiée alors que le patient n'est pas confié par l'équipe et qu'un document comportant l'identité complète est disponible





# LA VÉRIFICATION LA CONCORDANCE DE L'IDENTITÉ AVEC LES DOCUMENTS DISPONIBLES

Vérification de la concordance de l'identité avec celle figurant sur les supports en fonction de leur disponibilité lors de l'audit (complète et incomplète = 305)

|           | n   | %   |
|-----------|-----|---|
| OUI       | 226 | 74%  |
| NON       | 49  | 16%   |
| NA + vide | 30  | 10%   |
| Total     | 305 | 100%  |



- Absence amélioration des bonnes pratiques de vérification de la concordance



# CONCLUSION

## ▶ Point remarquable

- Augmentation importante de la participation notamment des ES privés

## ▶ Points en amélioration mais qui restent non maîtrisés

- Mise à disposition pour le transport d'un **document** comportant l'identité complète de l'utilisateur, verrou indispensable à la vérification de la concordance de l'identité de l'utilisateur.

## ▶ Points critiques, non maîtrisés

- **Vérification de l'identité** : elle est plus fréquemment faite lorsque l'utilisateur est confié par l'équipe. Lorsqu'il ne l'est pas, la vérification de l'identité n'est faite qu'une fois sur deux alors que le risque d'erreur de patient est majoré !
- Vérification de l'identité par **questions ouvertes** : en amélioration mais les bonnes pratiques ne sont pas appliquées dans 29% des cas.
- **Vérification des concordances** : lorsque les documents sont disponibles elle n'est réalisée que dans 2 cas sur 3.
- **Relais par l'équipe** : il n'est pas toujours fait et encore moins lorsqu'il s'agit d'un transport non programmé



Une amélioration dans le respect des bonnes pratiques mais qui reste insuffisante, le risque d'erreur d'identité n'est pas maîtrisé



# PROPOSITIONS D' ACTIONS



L'absence de maîtrise requiert des actions correctives et d'amélioration compte tenu du risque d'erreur d'identité.

- ▶ **Partager les résultats, structurer un plan d'actions**
- ▶ **S'appuyer sur les outils du GRIVES**
- ▶ **Mener une réflexion sur le circuit de transport interne, les outils, les modalités de coordination des équipes**
- ▶ **Sensibiliser, former les brancardiers et les ambulanciers aux bonnes pratiques**
- ▶ **Réaliser des observations à visée formative et pédagogique**
- ▶ **Renouveler l'audit** afin de mettre en évidence l'amélioration des pratiques



# LES AUDITS DU GRIVES

Identification de l'utilisateur  
lors de son **accueil**  
**administratif**





310  
en 2020  
314  
en 2021



**450** Observations  
exploitables



**14** ES participants  
• 5 ES Publics  
• 9 ES Privés



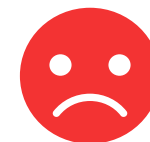
10 ES  
en  
2020 et 2021



**MAITRISE**  
Maintien des bonnes  
pratiques




**SENSIBLE**  
Actions d'amélioration à  
envisager

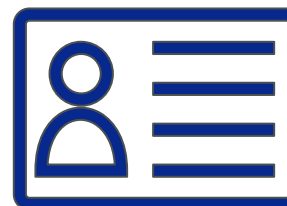


**CRITIQUE**  
Actions correctives  
requis

# LA PIÈCE D'IDENTITÉ



| La pièce d'identité (PI) est demandée ou recherchée |     |  |
|---|-----|--|
|   | n   | %  |
| Oui   | 432 | 96%  |
| Non   | 18  | 4%   |
| Total   | 450 | 100%   |



| La PI est présentée |     |       |
|---------------------|-----|-------|
|                     | n   | %     |
| Oui                 | 394 | 87,6% |
| Non                 | 36  | 8,0%  |
| N/A                 | 18  | 4,0%  |
| Refus               | 2   | 0,4%  |
| Total               | 450 | 100%  |


| Type de pièce d'identité présentée |            |             |
|------------------------------------|------------|-------------|
|                                    | n          | %           |
| Carte nationale d'identité         | 353        | 89,6%       |
| Passeport                          | 14         | 3,6%        |
| Carte de séjour                    | 19         | 4,8%        |
| Autre : permis de conduire         | 7          | 1,8%        |
| Non renseigné                      | 1          | 0,3%        |
| <b>Total</b>                       | <b>394</b> | <b>100%</b> |





# LA VÉRIFICATION ORALE PAR QUESTION OUVERTE

## Demande de décliner l'identité par question ouverte

|       | n   | %   |
|-------|-----|---|
| Oui   | 314 | 70%  |
| Non   | 136 | 30%   |
| Total | 450 | 100%  |

### LA BONNE PRATIQUE

Faire décliner, **y compris en présence d'une pièce d'identité :**

**nom de naissance,  
premier prénom  
date de naissance**



**Demander de décliner l'identité en plus de la présentation de la pièce d'identité, permet :**

- Dépister les usurpations
- Dépister les erreurs (pièce d'un tiers, d'un autre enfant, ....)


**Pour mémoire, audit flash Accueil du patient 2020 et 2021 : 71 et 70%**  
**Aucune évolution favorable depuis 3 ans**

# RECHERCHE DANS LE SYSTÈME D'INFORMATION




| L'utilisateur est recherché dans le SIH |     |         |
|---|-----|---------|
|   | n   | %       |
| Oui                                     | 293 | 65,11%  |
| Non*                                    | 157 | 34,89%  |
| Total                                   | 450 | 100,00% |

\*Pour certains patients présents sur un planning de préadmission ou de rendez-vous

| Les critères utilisés pour la recherche respectent les bonnes pratiques ** |     |  |
|--|-----|--|
|  | n   | %  |
| OUI  | 227 | 77,47%  |
| NON  | 66  | 22,52%   |
| Total  | 293 | 100,00%  |

\*\* Quand l'identité de l'utilisateur est recherchée dans le SIH



**LA BONNE PRATIQUE**

Rechercher l'utilisateur dans le système d'information en saisissant en premier sa date de naissance complétée si nécessaire par les trois premières lettres du nom de naissance et/ou du prénom \*

\* Si le référentiel dispose d'un algorithme de recherche de ressemblance il est conseillé de saisir le nom et le prénom en entier



| L'identité sélectionnée est une INS ? (Q12) |     |      |
|---|-----|------|
|   | n   | %    |
| OUI   | 173 | 38%  |
| NON   | 200 | 44%  |
| N/A*  | 62  | 14%  |
| Non renseigné                               | 15  | 3%   |
| Total                                       | 450 | 100% |



En 2021, seulement **7%** des identités étaient une INS !

\* si l'ES ne dispose pas de la version INS du RI ou si accueil au service des urgences (pas d'appel TLS)



## Si l'identité n'est pas une INS, l'appel au téléservice est réalisé

|       | n   | %       |
|-------|-----|---------|
| OUI   | 121 | 46%     |
| NON   | 38  | 15%     |
| N/A*  | 41  | 36%     |
| Total | 200 | 100,00% |

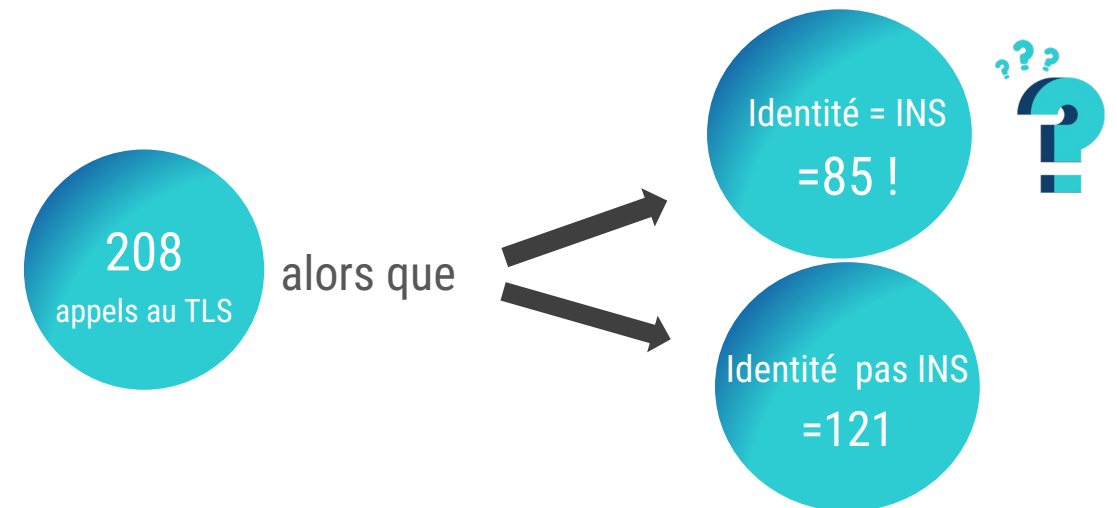
\* si l'ES ne dispose pas de la version INS du RI ou si accueil au service des urgences (pas d'appel TLS)

## Une identité est proposée par le téléservice INSi quand l'appel est réalisé

|               | n   | %       |
|---------------|-----|---------|
| OUI           | 192 | 92,31%  |
| NON           | 12  | 5,77%   |
| Non renseigné | 4   | 1,92%   |
| Total         | 208 | 100,00% |

## A noter

- ▶ Dans 31 cas sur 38, le TLS n'est pas appelé en l'absence de présentation d'une pièce d'identité



# IDENTITÉ NATIONALE DE SANTÉ



## Quel est le statut attribué à l'identité à l'issue de l'accueil

|                       | n   | %       |
|-----------------------|-----|---------|
| Identité - Provisoire | 42  | 9%      |
| Identité - Validée    | 50  | 11%     |
| Identité - Récupérée  | 3   | 1%      |
| Identité - Qualifiée  | 268 | 60%     |
| Non renseigné         | 65  | 14%     |
| NA*                   | 22  | 5%      |
| Total                 | 450 | 100,00% |

\* si l'identité sélectionnée est une INS ou si logiciel non conforme ou si accueil au service des urgences

mais



22 cas  
PI présentée et  
identité provisoire



En 2021, seulement 22%  
d'identités qualifiées !



# CONCLUSION

- ▶ **Points particulièrement maîtrisés**
  - Demande de présentation de la pièce d'identité
  - Présentation de la pièce d'identité par l'utilisateur
  
- ▶ **Point remarquable**
  - Taux de réponse du téléservice INSi et taux d'identités qualifiées
  
- ▶ **Points en amélioration**
  - La recherche dans le SIH
  - Les bonnes pratiques de recherche dans le SIH
  
- ▶ **Point critique, non maîtrisé**
  - Vérification de l'identité par questions ouvertes

L'absence de maîtrise requiert des actions correctives et d'amélioration compte tenu du risque pour l'utilisateur.



# PROPOSITIONS D' ACTIONS



- ▶ **Former ou poursuivre la formation des professionnels** aux bonnes pratiques concernant notamment la vérification de l'identification des usagers, les statuts de l'identité, l'INS
- ▶ **S'appuyer sur des professionnels ressource** pour diffuser les bonnes pratiques au quotidien
- ▶ **Réaliser des observations** à visée formative et pédagogique
- ▶ **Poursuivre le déploiement de l'INS**



# LES AUDITS DU GRIVES

Identification de l'utilisateur au moment de **l'administration médicamenteuse**







**350** Observations  
exploitables



**13** ES participants

- 6 ES Publics
- 7 ES Privés



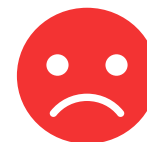
**MAITRISE**

Maintien des bonnes  
pratiques



**SENSIBLE**

Actions d'amélioration à  
envisager




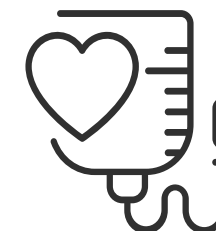
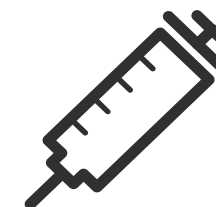
**CRITIQUE**

Actions correctives  
requises

# IDENTIFICATION PILULIER/PRÉPARATION



| Q6 - Le pilulier/préparation est identifié(e) |            |   |
|---|------------|---|
|   | n          | %   |
| OUI   | 322        | 92%  |
| NON   | 28         | 8%  |
| <b>Total</b>                                  | <b>350</b> | <b>100%</b>   |



# SI PILULIER/PRÉPARATION IDENTIFIÉ(E)



**Q7 - Le pilulier/préparation comporte-t-il/elle les éléments suivants d'identification de l'utilisateur : « Nom de naissance » ?**

|       | n   | %    |
|-------|-----|------|
| OUI   | 287 | 89%  |
| NON   | 35  | 11%  |
| Total | 322 | 100% |

**Q11 - Le pilulier/préparation comporte-t-il/elle les éléments suivants d'identification de l'utilisateur : « Date de naissance » ?**

|       | n   | %    |
|-------|-----|------|
| OUI   | 274 | 85%  |
| NON   | 48  | 15%  |
| Total | 322 | 100% |



Tous les traits  
stricts  
= 84%

**Q8 - Le pilulier/préparation comporte-t-il/elle les éléments suivants d'identification de l'utilisateur : « Prénom de naissance » ?**

|       | n   | %    |
|-------|-----|------|
| OUI   | 279 | 86%  |
| NON   | 43  | 13%  |
| Total | 322 | 100% |

**Q12 - Le pilulier/préparation comporte-t-il/elle les éléments suivants d'identification : « Sexe » ?**

|       | n   | %    |
|-------|-----|------|
| OUI   | 274 | 85%  |
| NON   | 48  | 15%  |
| Total | 322 | 100% |

# SI PILULIER/PRÉPARATION IDENTIFIÉ(E)



**Q9 - Le pilulier/préparation comporte-t-il/elle les éléments suivants d'identification de l'utilisateur : « Nom utilisé » ?**

|       | n   | %    |
|-------|-----|------|
| OUI   | 258 | 80%  |
| NON   | 21  | 7%   |
| NA*   | 43  | 14%  |
| Total | 322 | 100% |

\* Le nom utilisé est identique au nom de naissance


**Q10 - Le pilulier/préparation comporte-t-il/elle les éléments suivants d'identification de l'utilisateur : « Prénom utilisé » ?**

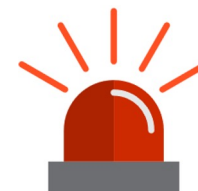
|       | n   | %    |
|-------|-----|------|
| OUI   | 258 | 80%  |
| NON   | 23  | 7%   |
| NA*   | 41  | 13%  |
| Total | 322 | 100% |

\* Le prénom utilisé est identique au prénom de naissance

# SI PILULIER/PRÉPARATION IDENTIFIÉ(E)

Q13 - Le pilulier/préparation comporte-t-il/elle le numéro de chambre ou de lit de l'usager ?

|       | n   | %   |
|-------|-----|---|
| OUI   | 287 | 89%  |
| NON   | 35  | 11%   |
| Total | 322 | 100%  |



Jamais de numéro de chambre ou de lit pour identifier une préparation médicamenteuse


44 piluliers/préparations sont **UNIQUEMENT** identifiés(es) avec un numéro de chambre et/ou de lit

(Réponses à la question 6 –slide 3 : 34 dans les « oui » + 10 dans les « non »)



# SI PILULIER/PRÉPARATION IDENTIFIÉ(E)

Q14 - La préparation/pilulier est identifié avec une étiquette mentionnant l'identité complète de l'usager

|                 | n   | %   |
|-----------------|-----|---|
| Manuscrite      | 11  | 3%  |
| Informatisée    | 230 | 71%  |
| Inexploitables* | 36  | 11%   |
| NON             | 45  | 14%   |
| Total           | 322 | 100%  |

\* réponses « oui » inexploitables car si oui = manuscrites ou informatisées ?



Eviter le recopiage  
Préférer les étiquettes  
informatisées



**Le taux des étiquettes informatisées peut être amélioré pour éviter le recopiage.**


**Le recopiage est source d'erreur et de mauvaise compréhension (écriture)**



# VÉRIFICATION DE L'IDENTITÉ ET DE LA CONCORDANCE PAR L'IDE




## Q15 - Lors de l'administration, l'IDE dispose de la prescription pour chaque usager


|       | n   | %   |
|-------|-----|---|
| OUI   | 344 | 98%  |
| NON   | 6   | 2%  |
| Total | 350 | 100%  |



## Q17 - Si oui, à la question 15, l'IDE vérifie la concordance entre l'identité sur la prescription et l'identité de l'utilisateur

|         | n   | %   |
|---------|-----|---|
| OUI     | 312 | 91%  |
| NON     | 30  | 9%  |
| (vides) | 2   |   |
| Total   | 344 | 100%  |

## Q16 - L'IDE vérifie l'identité de l'utilisateur par question ouverte

|       | n   | %   |
|-------|-----|---|
| OUI   | 234 | 67%  |
| NON   | 112 | 32%   |
| NA*   | 4   | 1%  |
| Total | 350 | 100%  |

mais



**Q17** - Dans **19%** des « oui », l'identité n'est ni vérifiée par question ouverte ni sur le bracelet ou autre dispositif :

**comment la concordance est-elle vérifiée ???**

\* NA = usager non communicant

# VÉRIFICATION DE L'IDENTITÉ ET DE LA CONCORDANCE PAR L'IDE



## Q18 - Si personne non communicante, l'IDE vérifie l'identité de l'utilisateur à l'aide de

|   | n   | %    |
|---|-----|------|
| Bracelet  | 66  | 19%  |
| Autre   | 23  | 7%   |
| NON   | 4   | 1%   |
| Non concerné (N/A+vides)<br>*usagers communicants ? | 257 | 73%  |
| Total   | 350 | 100% |



\*La consigne « si personne non communicante » ne semble pas avoir été respectée lors de l'audit car N/A à la Q16 = 4

## Q19 - L'IDE vérifie la concordance de l'identité sur la prescription, le pilulier et l'identité de l'utilisateur

|         | n   | %    |
|---------|-----|------|
| OUI     | 290 | 83%  |
| NON     | 26  | 7%   |
| NA*     | 27  | 8%   |
| (vides) | (7) | (2%) |
| Total   | 350 | 100% |

\*pilulier non identifié ou absence de prescription ou identité de l'utilisateur non vérifiée

mais  

Dans **17%** des « Oui », l'identité n'est ni vérifiée par question ouverte ni sur le bracelet ou autre dispositif : **comment la concordance est-elle vérifiée ??**



# VÉRIFICATION DE L'IDENTITÉ ET DE LA CONCORDANCE PAR L'IDE



**Au total , vérifications conformes aux bonnes pratiques avec a minima :**

- ▶ Pilulier/préparation identifié(e)
- ▶ Identification comprenant : nom de naissance, prénom de naissance, date de naissance et sexe
- ▶ Absence de numéro de chambre ou de lit
- ▶ Prescription disponible pour l'administration
- ▶ Vérification par question ouverte ou bracelet d'identification (ou autre)
- ▶ Vérification des concordances entre prescription, pilulier/préparation et identité vérifiée



26 des 350 observations soit **7%**



# CONCLUSION

- ▶ **Les modalités de l'audit** : certains items n'ont pas été renseignés selon les indications du guide
- ▶ **Points maîtrisés**
  - La disponibilité de la prescription au moment de l'administration médicamenteuse
  - L'identification des piluliers/préparations **mais son contenu n'est pas maîtrisé**
- ▶ **Points partiellement maîtrisés**
  - L'identification complète de l'utilisateur sur l'étiquette apposée sur le pilulier ou la préparation
  - L'informatisation des étiquettes
- ▶ **Points critiques, non maîtrisés**
  - Indication du numéro de chambre ou de lit sur l'étiquette : pratique à risque
  - Vérification de l'identité par questions ouvertes
  - Vérification des concordances : seulement 7% de vérifications conformes

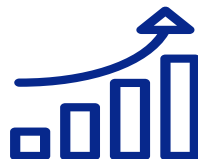


**L'absence de maîtrise requiert des actions correctives et d'amélioration compte tenu du risque pour l'utilisateur.**





# PROPOSITIONS D' ACTIONS



- ▶ **Partager les résultats, structurer un plan d'actions**
- ▶ S'appuyer sur les **recommandations de la HAS** et sur **les outils du GRIVES**
- ▶ **Former, sensibiliser les professionnels** aux bonnes pratiques de sécurisation de l'administration médicamenteuse
- ▶ **Adapter les outils** (étiquettes, dispositif de vérification de l'identité, etc.) afin de faciliter la mise en œuvre des bonnes pratiques par les professionnels
- ▶ **Réaliser des observations à visée formative et pédagogique**
- ▶ **Renouveler l'audit** afin de mettre en évidence l'amélioration des pratiques



# LES AUDITS DU GRIVES

Identification de l'utilisateur lors  
de son accueil au **secrétariat**  
**médical**





51  
en 2020



**211** Observations  
exploitables



**6** ES participants

- 4 ES Publics (148 observations)
- 2 ES Privés (63 observations)



3 ES  
en  
2020



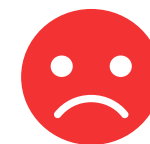
**MAITRISE**

Maintien des bonnes  
pratiques



**SENSIBLE**

Actions d'amélioration à  
envisager



**CRITIQUE**

Actions correctives  
requis

# LA PIÈCE D'IDENTITÉ



| La PI est demandée |     |      |
|--------------------|-----|------|
|                    | n   | %    |
| Oui                | 79  | 37%  |
| Non                | 31  | 15%  |
| N/A*               | 101 | 48%  |
| Total              | 211 | 100% |

\*Procédure non en vigueur dans l'établissement ou cabinet de consultation



Quand la PI est demandée, elle est présentée dans **96%** des cas

# LA VÉRIFICATION ORALE ET COMPLÈTE PAR QUESTION OUVERTE



| Demande de décliner l'identité : nom de naissance |     |      |
|---|-----|------|
|   | n   | %    |
| Question ouverte                                  | 85  | 40%  |
| Question fermée                                   | 12  | 6%   |
| Pas vérifié                                       | 114 | 54%  |
| Total   | 211 | 100% |

| Demande de décliner l'identité : date de naissance |     |      |
|--|-----|------|
|  | n   | %    |
| Question ouverte                                   | 74  | 35%  |
| Question fermée                                    | 15  | 7%   |
| Pas vérifié  | 122 | 58%  |
| Total  | 211 | 100% |



| Demande de décliner l'identité : premier prénom |     |      |
|---|-----|------|
|   | n   | %    |
| Question ouverte                                | 83  | 39%  |
| Question fermée                                 | 26  | 12%  |
| Pas vérifié                                     | 102 | 48%  |
| Total   | 211 | 100% |



Dans **32%** des cas, avec ou sans présentation de la PI, **aucun** trait strict n'est vérifié (20% en 2019 et en 2020)

# LA VÉRIFICATION ORALE ET COMPLÈTE PAR QUESTION OUVERTE



| Demande de décliner l'identité : nom utilisé |     |      |
|--|-----|------|
|  | n   | %    |
| Question ouverte                             | 57  | 27%  |
| Question fermée                              | 29  | 14%  |
| Pas vérifié                                  | 125 | 59%  |
| Total  | 211 | 100% |



| Demande de décliner l'identité : prénom utilisé |     |      |
|---|-----|------|
|   | n   | %    |
| Question ouverte                                | 25  | 12%  |
| Question fermée                                 | 4   | 2%   |
| Pas vérifié                                     | 182 | 86%  |
| Total   | 211 | 100% |



En moyenne, dans 21% des cas les traits interrogés sont vérifiés par des questions fermées



# LA VÉRIFICATION ORALE ET COMPLÈTE PAR QUESTION OUVERTE



| Demande de décliner l'identité question ouverte |      |      |      |
|---|------|------|------|
|   | 2019 | 2020 | 2022 |
| Nom de naissance                                | 61%  | 55%  | 40%  |
| Nom d'usage                                     | 37%  | 24%  | 27%  |
| Prénom  | 41%  | 35%  | 39%  |
| Date de naissance                               | 69%  | 39%  | 35%  |
| Les 3 traits stricts ensemble                   | 39%  | 25%  | 27%  |

LA BONNE PRATIQUE

Faire décliner, **y compris en présence d'une pièce d'identité** :  
nom de naissance, premier prénom et date de naissance



Aucune amélioration notable, voire une dégradation des bonnes pratiques de vérification entre 2019 et 2022





# RECHERCHE DANS LE SYSTÈME D'INFORMATION

## Le patient est recherché dans le Système d'Information (hospitalier ou libéral)


|       | n   | %    |
|-------|-----|------|
| Oui   | 116 | 55%  |
| Non   | 66  | 31%  |
| N/A * | 29  | 14%  |
| Total | 211 | 100% |

\*pas de SI, patient non trouvé dans le SI, non recherché si prévu sur planning CS

## Le patient est recherché dans le Système d'Information (hospitalier ou libéral)

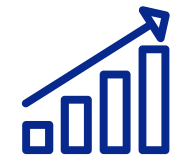
| Evolution | 2020 | 2022 |
|-----------|------|------|
| Oui       | 22%  | 55%  |

## Vérification de la concordance entre la pièce d'identité et les données démographiques présentes dans le Système d'Information

|       | n   | %   |
|-------|-----|---|
| Oui   | 65  | 56%  |
| Non   | 51  | 44%   |
| Total | 116 | 100%  |



En amélioration



1 suspicion de doublon, signalée selon la procédure en vigueur

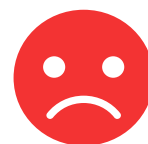
# DONNÉES COMPLÉMENTAIRES RECHERCHÉES



| Adresse postale |     |      |
|-----------------|-----|------|
|                 | n   | %    |
| Oui             | 91  | 43%  |
| Non             | 60  | 29%  |
| NA              | 59  | 28%  |
| Total           | 210 | 100% |

| Coordonnées téléphoniques |     |      |
|---------------------------|-----|------|
|                           | n   | %    |
| Oui                       | 100 | 47%  |
| Non                       | 52  | 25%  |
| NA                        | 59  | 28%  |
| Total                     | 211 | 100% |

| Adresse mail |     |      |
|--------------|-----|------|
|              | n   | %    |
| Oui          | 52  | 25%  |
| Non          | 96  | 46%  |
| NA           | 62  | 29%  |
| Total        | 210 | 100% |

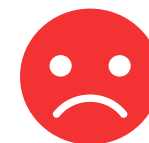


| Médecin traitant |     |      |
|------------------|-----|------|
|                  | n   | %    |
| Oui              | 65  | 31%  |
| Non              | 86  | 41%  |
| NA               | 59  | 28%  |
| Total            | 210 | 100% |



## Données complémentaires, évolution de la conformité

|                  | 2019 | 2020 | 2022 |
|------------------|------|------|------|
| Adresse postale  | 95%  | 45%  | 43%  |
| Téléphone        | 82%  | 45%  | 47%  |
| Mail             | 8%   | 10%  | 25%  |
| Médecin traitant | 69%  | 47%  | 31%  |



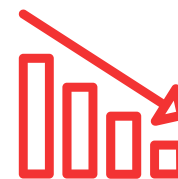
Entre 2019 et 2022  
Amélioration de la demande de mail  
Dégradation de l'item « médecin traitant »

# CONCLUSION

- ▶ **Point maîtrisé**
  - Présentation de la pièce d'identité quand demandée
- ▶ **Point en amélioration**
  - Recherche de l'utilisateur dans le système d'information
- ▶ **Points critiques, non maîtrisés**
  - Vérification de l'identité : avec ou sans présentation de la PI, dans **1 cas sur 3 aucun trait strict** n'est vérifié
  - Vérification de l'identité par questions ouvertes, dans **1 cas sur 5** les traits interrogés sont vérifiés par des **questions fermées**
  - Vérification des concordances : **aucune vérification dans 1 cas sur 2**
  - Renseignement des données complémentaires (*notamment l'adresse mail élément indispensable pour l'utilisateur puisse exprimer son niveau de satisfaction via l'enquête e-satis, indicateur obligatoire requis par la HAS*)



**Aucune amélioration notable, voire une dégradation des bonnes pratiques de vérification entre 2019 et 2022**





# PROPOSITIONS D' ACTIONS



L'absence de maîtrise requiert des actions correctives et d'amélioration compte tenu du risque pour l'utilisateur.

- ▶ **Partager les résultats, structurer un plan d'actions**
- ▶ **S'appuyer sur les outils du GRIVES**
- ▶ **Former les secrétaires et les agents d'accueil aux bonnes pratiques**
- ▶ **Réaliser des observations à visée formative et pédagogique**
- ▶ **Renouveler l'audit afin de mettre en évidence l'amélioration des pratiques**





**07**

# **L'IDENTITOVIGILANCE À L'EFS**

**Mme Corinne MIGOT**  
Référente nationale identitovigilance  
Etablissement Français du Sang



Donnons  
au sang  
*le pouvoir*  
de soigner

# L'IDENTITOVIGILANCE À L'EFS





# Sommaire

1. Contexte
2. Exemples
3. Chiffres clés
4. Les risques réactualisés



01

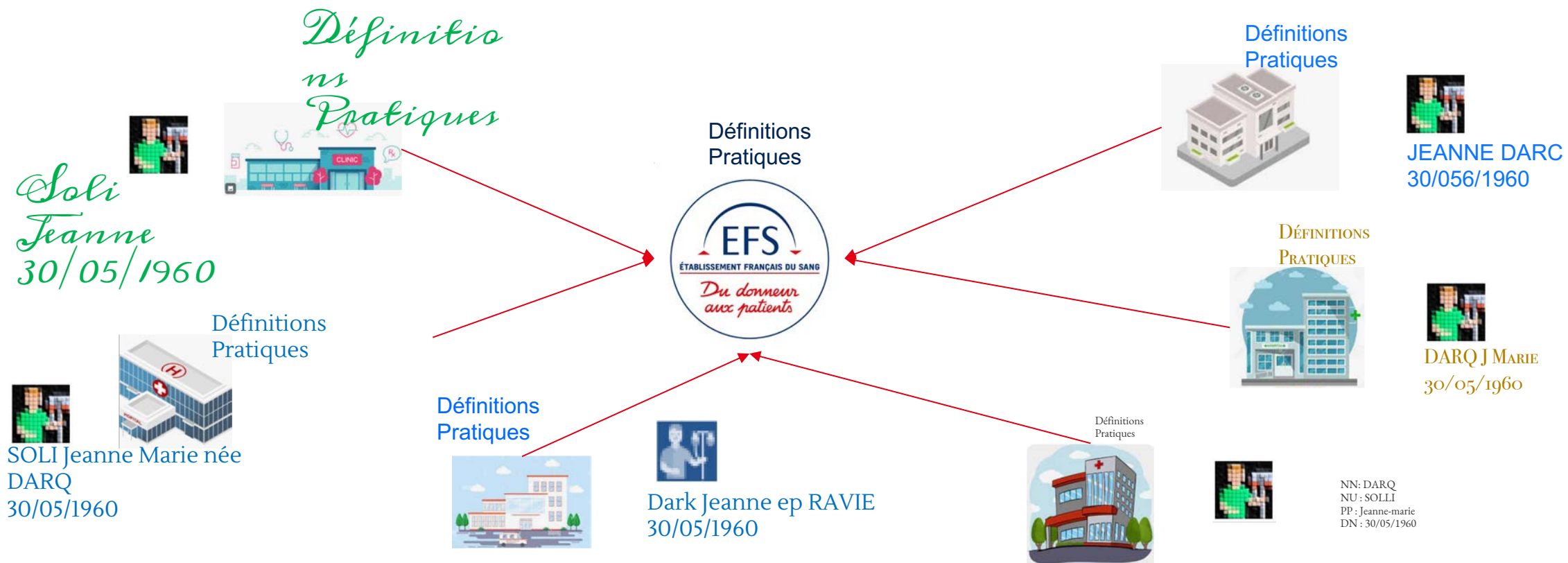
## CONTEXTE



# L'identitovigilance avant l'INS

## Selon la politique d'identitovigilance de la structure ...

- Les structures de santé gèrent l'identification des usagers selon des règles locales
- L'identité administrative peut diverger selon les définitions et pratiques de la structure : prise en compte d'une pièce d'identité/interprétation de la pièce/nature et précision des éléments retranscrits puis transmis
- L'EFS n'est pas un établissement de première intention pour les patients : il réalise des examens et délivre des PSL pour des patients dont l'identité est fournie par les structures de santé.



# Les risques en identitovigilance

## Erreurs d'identification

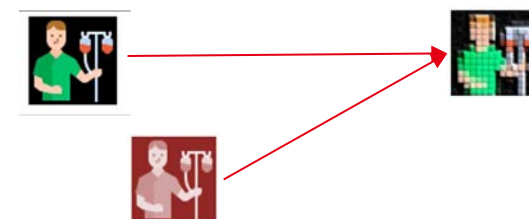
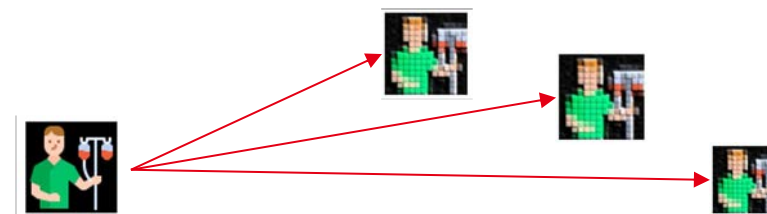
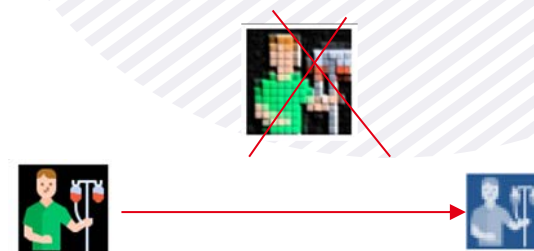
- Cause : erreurs à la saisie (pas de pièce d'identité validante, inattention, manque de temps), conventions de saisie différentes
- Conséquence : le patient n'est pas retrouvé

## Doublons : le patient est saisi plusieurs fois dans le système d'information

- Cause : l'identité existante n'est pas vue/bien recherchée
- Doute sur le dossier déjà existant. Création d'un deuxième, voire troisième dossier
- Risque : le dossier médical est incomplet

## Collision :

- Les données d'une personne sont affectées au mauvais dossier : mauvaise recherche, mauvais choix de patient, pas de questions ouvertes, erreurs d'étiquetage
- Risques : mauvais diagnostic, retard à la prise en charge, Risques transfusionnels





02

## EXEMPLES



## Exemple : Discordance identité patient entre prescription IHC et tube IHC

- 20/12/2021, en secteur d'urgence : 2h17 bon de demande RAI portant identité Mme **LA**. L'EFS reçoit 1 sachet comportant bon de demande RAI identifié Mme **LA** et tubes portant l'identité de Mme **LE**.
- 21/12/2021, en Orthopédie-Traumatologie 8h50 bon de demande de RAI portant identité de Mme **PE**. L'EFS reçoit 1 sachet comportant bon de demande RAI identifié Mme **PE** et tubes portant l'identité de Mme **LA**.  
=>3 identités lors de 2 demandes de RAI dans 2 secteurs différents : Erreur d'identité sur tube le 20/12, sur le bon.
- Le 21/12 (10h08) : bon et tubes portant l'identité de Mme **LA** adressés à l'EFS
- Transfusion de 2 CGR à Mme **LA** le 21/12/2021 à 13h et 20h04.



## Exemple : erreur patient prélevé

### CHU

- Une IDE a prélevé un patient en vue d'un groupage : elle a prélevé les 2 déterminations de groupe en même temps.
- Une IDE a contre-signé les 2 bons de demande qui comportaient bien la même heure de prélèvement.

### EFS :

- Trouve un patient de groupe (O) pour ce patient déjà connu (A)

### CHU/EFS :

- La demande et les tubes ont été étiquetés avec les étiquettes du voisin de chambre et qui est de groupe (A). Le patient initial était sorti du service, il sera prélevé lors de sa prochaine hospitalisation.



## Exemple : absence de pièce d'identité

### CHU

- Patiente hospitalisée régulièrement et identifiée avec le prénom Viviane. Elle ne présente jamais sa pièce d'identité qu'elle n'a jamais sur elle.
- Polytransfusée
- Demande d'analyse à l'EFS (avec tube)

### EFS

- La patiente « Viviane » existe déjà et dossier mis à jour
- Réalisation des examens : groupage sanguin et recherche d'anticorps : découverte d'un anticorps anti-Jka
- Consigne transfusionnelle avec protocole particulier : choix des poches Jka- et épreuve de compatibilité

### CHU :

- La patiente revient avec sa pièce d'identité avec le prénom « Aviva ». Pas de « Viviane » sur sa pièce
- L'établissement corrige l'identité sans avertir l'EFS
- Nouvelle demande de transfusion

### EFS

- Création d'un nouveau dossier pour « Aviva »
- Réalisation des examens : groupage sanguin et recherche d'anticorps : pas d'anticorps détectés
- Envoi de 8 poches standards

### CHU/EFS :

- La patiente est transfusée des huit poches
- L'EFS se rend compte de l'existence de doublons au cours d'une enquête identitovigilance et avertit l'ES
- Prélèvement d'un tube par l'ES pour test de Coombs et élution : positifs et multiples allo-immunisations, hémolyse en cours non fatales
- Dossier EFS : renommé en « Aviva » et fusion des dossiers





## Focus premier prénom – les textes

### Premier prénom de naissance

L'enregistrement de ce trait strict est obligatoire (cf. Exi PP 02).

L'état civil autorise de porter un prénom composé (exemple : Jean-Pierre) mais, comme il n'est pas obligatoire de relier les 2 parties du prénom composé par un tiret (exemple : Jean Pierre), cela peut compliquer la tâche de la personne chargée d'enregistrer l'identité numérique. Dans cette situation, il est possible de s'appuyer :

- soit sur la pièce d'identité présentée, si elle utilise une virgule pour séparer les prénoms, en enregistrant les premiers prénoms avant la première virgule, tels qu'ils apparaissent ;
- soit sur les indications de l'utilisateur (ou de son représentant).

### Nom de naissance (nom de famille)

L'enregistrement de ce trait strict est obligatoire (cf. Exi PP 02). Il doit être saisi tel qu'il apparaît sur la ligne *nom* du document d'identité, en caractères majuscules non accentués, sans signe diacritique et sans abréviation. Pour les usagers, ne disposant pas de nom de naissance (champ vide sur la pièce d'identité, ou suite de X par exemple), il sera saisi SANSNOM. Comme c'est le cas pour l'INS, les traits d'union et apostrophes doivent être conservés. En revanche, les autres caractères tels que « / » doivent être remplacés par un espace.

Remarque : pour certains usagers d'origine étrangère, le titre d'identité ne précise pas le nom de naissance. Dans ce cas, le trait est enregistré « aux dires de l'utilisateur ». Mais, comme il s'agit d'un trait strict, l'identité numérique devra rester au statut « identité provisoire » tant que cette information n'aura pas été prouvée à l'aide d'un document d'identité du pays distinguant les différents traits d'identité.



## Focus premier prénom – les cas litigieux

|   |   |
|---|---|
|   |   |
| Doublon sur Prénom :<br>1) <b>Gottlieb Oskar</b><br>2) <b>Gottlieb</b>              | Le patient dit que son premier prénom est Oskar alors qu'il apparaît en 2 <sup>ème</sup> position   |
| Prénom :<br><b>Kathleen Mary</b>  | La patiente n'est pas interrogeable elle est au bloc  |
| Doublon sur prénom :<br><b>Ahmed Ben Allal</b><br><b>Ahmed</b>                      | Le patient n'est pas interrogeable il est rentré chez lui   |
| Doublon récurrent sur prénom :<br><b>Maria Gloria</b><br><b>Maria</b>               | Le responsable identitovigilance de l'établissement dit ne pas avoir le temps et refuse de demander à la patiente   |
| Doublon récurrent sur prénom :<br><b>Jean Claude</b><br><b>Jean</b>                 | Le patient est interrogé sur la table, juste avant de passer au bloc<br>Il dit s'appeler Jean mais l'établissement garde Jean Claude sous prétexte que l'identité est qualifiée   |
| Doublon sur prénom :<br><b>Maria Grazia</b><br><b>Maria</b>                         | Le responsable identitovigilance devait revenir vers nous après enquête mais n'a pas le temps, <b>doublon avec anticorps</b> non fusionné non résolu à l'EFS  |
| Sur prénom :<br><b>Allanah Jade</b>   | La patiente confirme son premier prénom Allanah mais le cadre du bureau des entrées refuse de changer les étiquettes. Il dit qu'il faut saisir les deux prénoms. L'infirmière a passé 1h au téléphone pour régler ce problème     |
| Doublon récurrent sur nom de naissance :<br>1) <b>Zagrani</b><br>2) <b>Shafenko</b> | La patiente ne parle pas français. La fille de la patiente est rappelée chez elle et confirme le nom de naissance Zagrani absent du titre de séjour.<br>Le labo privé refuse de modifier les résultats, la patiente est repiquée. |
| Doublon sur prénom :<br>1) <b>Edelweis</b><br>2) <b>Edelweis aimee</b>              | Appel au service : l'infirmière n'a pas le temps de questionner la patiente.  |



## Conséquences

**NAVQ : 34 FIG (40 %) déclarées en lien avec la problématique de la gestion et maîtrise de l'identité.**

### Conséquences pour le service et le labo ou le site de délivrance

- Appels téléphoniques pouvant entraîner des interruptions de tâches
- Tension et désorganisation dans les services
- Stress du personnel

### Conséquences pour le patient

- Patient re-prélevé
- Retard de prise en charge (retard à la transfusion)
- Risque accident transfusionnel



03

**DES CHIFFRES...**



## Nature de déclarations 2021

### 377 FIG en rapport avec de l'identitovigilance

| Nature de la FIG  | Nombre de Numéro de la FIG |
|---|----------------------------|
| Discordance identité patient entre prescription IHC et tube IHC         | 69                         |
| Erreur patient prélevé  | 62                         |
| Discordance identité patient entre prescription et document IHC         | 35                         |
| Autre précisez  | 33                         |
| Erreur de saisie identité à l'admission                                 | 22                         |
| Erreur receveur de PSL  | 22                         |
| Non respect règles de prélèvement pour groupage sanguin, précisez       | 21                         |
| Usurpation d'identité   | 19                         |
| Erreur de patient destinataire des PSL                                  | 17                         |
| Absence identité patient  | 13                         |
| Erreur de saisie identité en service de soins                           | 10                         |
| Discordance identité patient entre prescription IHE et prescription PSL | 6                          |
| Sélection homonyme à l'admission  | 6                          |



# Types d'anomalies

## Exemple pour l'EFS Ile de France

- les écarts de saisie nécessitent des enquêtes pour corrections, mises à jour ou fusions
- IDF : Doublons stricts : 1207 anomalies sur 2 mois, 7000 sur l'année

1 : Prénom **Marie Therese**, N de naissance

2 : Prénom **Marie**, Nom d'usa

1 : Nom de naissance **SANZ LAGUNA**, f Protocole **EXA**, Lieu de naissance

2 : Nom de naissance **SANZ**, Nom d'usa naissance

Date de naissance **16/04/1951**,

Date de naissance **15/04/1951**,

1 : Nom de famille **GUERMIA**, Prénom **Ghiraoui**,

2 : Nom de famille **GHARAOUI**, Prénom **Guermia**

? Site 9402 (L9402), **PATIENT**, Date de naissance **18/02/1977**, Prénom **Ilmina** Modifié par () le **Autotransfusé**

1 : Nom de naissance **BALY**, Nom d'usage **ASSE**, n° individu **83953**, Groupe **B**, Phénotype **+++--**, Protocole **EXA**, Lieu de naissance

2 : Nom de naissance **ASSE**, Nom d'usage, n° individu **787516**, Groupe, Phénotype, Protocole **EXA**, Lieu de naissance

### IDT-001P à J-2 Doublon probable ou Homonyme

Dernier traitement le vendredi 05 mai 2023 à 05:01 [679 anomalies à traiter \(7 en cours\) sur 1207 anomalies](#)

### IDT-002P à J-2 Doublon approchant prénom

Dernier traitement le vendredi 05 mai 2023 à 03:03 [289 anomalies à traiter \(1 en cours\) sur 496 anomalies](#)

### IDT-003P à J-2 Doublon approchant nom

Dernier traitement le vendredi 05 mai 2023 à 03:09 [226 anomalies à traiter \(5 en cours\) sur 389 anomalies](#)

### IDT-004P à J-1 Doublon approchant date de naissance

Dernier traitement le vendredi 05 mai 2023 à 03:14 [349 anomalies à traiter \(6 en cours\) sur 620 anomalies](#)

### IDT-005P Individus ayant plus de deux modifications majeures de leur identité

Dernier traitement le vendredi 05 mai 2023 à 07:30 [326 anomalies à traiter \(14 en cours\) sur 405 anomalies](#)

### IDT-006P à J-2 Discordances entre sexe et civilité

Dernier traitement le vendredi 05 mai 2023 à 03:02 [Toutes instances](#)

### IDT-007P à J-2 Erreur probable prénom par ratio sur sexe

Dernier traitement le vendredi 05 mai 2023 à 03:00 [200 anomalies à traiter \(4 en cours\) sur 264 anomalies](#)

### IDT-008P Mauvais caractère dans nom, nom d'épouse ou prénom

Dernier traitement le vendredi 05 mai 2023 à 07:30 [Toutes instances](#)

### IDT-010P Anomalie dans nom, nom d'épouse ou prénom

Dernier traitement le vendredi 05 mai 2023 à 07:01 [8 anomalies à traiter sur 15 anomalies](#)

### IDT-012P Inconnus et identités incomplètes

Dernier traitement le vendredi 05 mai 2023 à 07:02 [Toutes instances](#)

### IDT-014P Nouveau prénom

Dernier traitement le vendredi 05 mai 2023 à 07:03 [136 anomalies à traiter sur 180 anomalies](#)

### IDT-016P Groupe sanguin incompatible poche - patient

Dernier traitement le vendredi 05 mai 2023 à 07:32 [19 anomalies à traiter \(2 en cours\) sur 26 anomalies](#)

### IDT-030P à J-2 Doublon inversion nom et prénom

Dernier traitement le vendredi 05 mai 2023 à 07:05 [22 anomalies à traiter \(2 en cours\) sur 33 anomalies](#)

### IDT-031P NIP utilisé sur deux patients différents

Dernier traitement le vendredi 05 mai 2023 à 00:08 [10 anomalies à traiter sur 33 anomalies](#)

### IDT-035P Contrôle Date de naissance

Dernier traitement le vendredi 05 mai 2023 à 05:06 [Toutes instances](#)

Nom de naissance **BILLA** **ELLO**

Prénom **Rodolphe**, Sexe **F**



# Types d'anomalies Identitovigilance Patients

Année glissante 052022 - 042023

- Un travail chronophage
- 122 000 anomalies détectées sur l'année pour toutes les régions
- 41 000 anomalies doublons
- 59 000 fusions

| Surveillance   | Sous-famille  | Nb Anos Rgn | Taux Anos | % Anos Clo |
|--|---------------|-------------|-----------|------------|
|  |               | 122249      |           | 81         |
| IDT-016P Groupe sanguin incompatible poche - patient         | Hémovigilance | 28          | 0,08151   | 86         |
| IDT-001P à J-2 Doublon probable ou Homonyme                  | Doublons      | 20576       | 59,8999   | 76         |
| IDT-001P Doublon probable ou Homonyme                        | Doublons      | 2139        | 6,22695   | 97         |
| IDT-002P à J-2 Doublon approchant prénom                     | Doublons      | 9106        | 26,509    | 77         |
| IDT-002P Doublon approchant prénom                           | Doublons      | 1164        | 3,38858   | 97         |
| IDT-003P à J-2 Doublon approchant nom                        | Doublons      | 5556        | 16,1744   | 75         |
| IDT-003P Doublon approchant nom                              | Doublons      | 533         | 1,55164   | 95         |
| IDT-004P à J-1 Doublon approchant date de naissance          | Doublons      | 9274        | 26,998    | 76         |
| IDT-004P Doublon approchant date de naissance                | Doublons      | 879         | 2,5589    | 95         |
| IDT-005P Individus ayant plus de deux modifications majeures | Sans Objet    | 2302        | 6,70147   | 91         |
| IDT-008P Mauvais caractère dans nom, nom d'épouse ou         | Sans Objet    | 283         | 0,82386   | 89         |
| IDT-010P Anomalie dans nom, nom d'épouse ou prénom           | Sans Objet    | 556         | 1,6186    | 97         |
| IDT-010P Anomalie dans nom, nom d'épouse ou prénom (1/2)     | Sans Objet    | 14          | 0,04076   | 93         |
| IDT-010P Anomalie dans nom, nom d'épouse ou prénom (1/3)     | Sans Objet    | 3           | 0,00873   | 100        |
| IDT-010P Anomalie dans nom, nom d'épouse ou prénom (2/2)     | Sans Objet    | 7           | 0,02038   | 100        |
| IDT-010P Anomalie dans nom, nom d'épouse ou prénom (3/3)     | Sans Objet    | 2           | 0,00582   | 100        |
| IDT-030P à J-2 Doublon inversion nom et prénom               | Doublons      | 517         | 1,50507   | 57         |
| IDT-031P NIP utilisé sur deux patients différents            | Doublons      | 2893        | 8,42196   | 39         |
| IDT-041P N° Admission utilisé sur deux patients              | Doublons      | 26          | 0,07569   | 96         |
| IDT-006P à J-2 Discordances entre sexe et civilité           | Sans Objet    | 1           | 0,00291   | 100        |
| IDT-007P à J-2 Erreur probable prénom par ratio sur sexe     | Sans Objet    | 3642        | 10,6024   | 81         |
| IDT-007P Erreur probable prénom par ratio sur sexe           | Sans Objet    | 228         | 0,66374   | 93         |
| IDT-012P Inconnus et identités incomplètes                   | Sans Objet    | 15          | 0,04367   | 100        |
| IDT-014P Nouveau prénom                                      | Sans Objet    | 4406        | 12,8265   | 74         |



04

## LES RISQUES RÉACTUALISÉS





# CONTEXTE

## Feuille de route Accélérer le virage numérique en santé

- « L'INS constitue l'un des projets socles de la feuille de route nationale du numérique en santé ». Etape2, mesure N°6
- L'utilisation de l'INS pour référencer les données de santé est obligatoire depuis le 1er janvier 2021 par les acteurs de la santé et du médico social par décret pour les acteurs de la santé et du médico-social concourant à la prise en charge de l'usager
- L'utilisation de l'INS est encadrée par les documents opposables du RNIV



RÉSEAU DES  
RÉFÉRENTS RÉGIONAUX  
D'IDENTITOVIGILANCE

Définitions  
Pratiques

### Liste des documents d'identitovigilance à connaître :

- RNIV (opposable)
- FIP (Fiches pratiques)
- MEM (mémento)
- FAQ (Foires aux questions)
- ADM (Administratif)
- + guide d'implémentation de l'INS





## Préconisations EFS

### La qualification d'une identité INS nécessite de la vigilance

- Les apostrophes et tirets, autorisés par le RNIV ne constituent pas un écart d'identité et ne font pas l'objet d'enquêtes
- Une fois l'INS mis en œuvre à l'EFS, l'identité INS fera foi
- Les éléments doivent être transmis avec des libellés clairs (RNIV1 – Annexe VIII)
- Une identité envoyée avec un matricule INS doit être qualifiée (exi SI08)
- La conformité des logiciels : le premier prénom doit rester modifiable (Jean Claude = Jean ? Jean Claude ?)
- L'interprétation des pièces d'identité reste difficile : se référer aux définitions du RNIV, FIP01, FIP02
- Il existe des discordances avec le téléservice ( cf FIP15 )

Ne pas importer des éléments discordants sur les traits **Date de naissance**, **Nom de naissance**, **Premier prénom** : risque de ne pas retrouver le patient, quid des identités historiques non qualifiées à l'EFS ou ailleurs qui travaillent uniquement avec les documents d'état civil ?



ERREURS HUMAINES LE PLUS SOUVENT...

# MERCI !

## CONTACT

Corinne MIGOT  
Référénte nationale identitovigilance  
Référénte régionale Occitanie  
Corinne.migot@efs.sante.fr  
05 34 50 24 23

"Selon une étude de l'Université de Cambridge, l'ordre des lettres dans un mot n'a pas d'importance, la seule chose importante est que la première et la dernière soient à la bonne place.

Le reste peut être dans un désordre total et vous pouvez toujours lire sans problème. C'est parce que le cerveau humain ne lit pas chaque lettre elle-même, mais le mot comme un tout. »

Impressnnoiant, pas vari ?



# 08

## Actualités 3RIV

---

**Mme Céline DESCAMPS**  
Réfèrent Régional en Identitovigilance en Nouvelle-  
Aquitaine



RÉSEAU DES  
RÉFÉRENTS RÉGIONAUX  
EN **IDENTITOVIGILANCE**

Céline DESCAMPS

14<sup>ème</sup> journée du GRIVES 8 juin 2023



# Création du 3RIV

---

## □ Contexte initial - 2020

- Défaut de gouvernance nationale
  - Vigilance non réglementée
  - Absence de référent en identitovigilance de portée nationale
  - Texte réglementaires anciens et hospitalo-centrés
  - Arrivée de l'INS sans véritable concertation
- Organisations régionales disparates
  - Interventions souvent limitées à la e-Santé (GRADeS)
  - Focalisées sur l'identification primaire mais pas la GDR
- Disparité des systèmes d'information en santé (SIS)
  - Variabilité des règles de gestion de l'identité
  - Interopérabilité limitée entre SI



# Evolution du 3RIV

## ❑ Installation

- 25 Février 2020

## ❑ Devenu association depuis Juin 2021

- Conseil d'administration élu pour 1 an
  - 1 président + 1 vice Président +/- secrétaire
- 46 membres (référents régionaux en identitovigilance, invité, honneur)
  - Toutes les régions de France sont représentées
  - + 1 référente nationale pour l'EFS





# Raisons de l'Association

---

## ❑ Objectifs d'avoir un réseau

- fédérer les pilotes régionaux de l'identitovigilance,
- harmoniser les pratiques,
- partager les expériences,
- et faire entendre la voix des acteurs de terrain au niveau national.

## ❑ Nécessités d'être une association

- officialiser le réseau,
- agir en son nom.







# Productions documentaires

---

## ☐ RNIV

- Ensemble des volets
  - Proposition de publier le RNIV 5 « gouvernance régionale »
- Déclinaison des exigences dans le *guide d'implémentation*

## ☐ Document pratique et d'information

- Fiches pratiques (FIP) : 20 documents
- Mémento (MEM) : 5 documents
- Foire aux questions (FAQ) : 2 documents
- Administratif (ADM) : 8 documents





# Sollicitations et participations du 3RIV

---

## Groupe de travail Nationale

- Direction générale de la santé (DGS), Direction générale de l'offre de soins (DGOS), Direction du numérique en santé (DNS), Agence du numérique en santé (ANS), +/- Haute autorité de santé (HAS)

## Visites de référencement Ségur pour les Systèmes d'information

- Référentiel d'identité (RI), Dossier patient informatisé (DPI), Dossier informatisé usager (DUI), LGC, RIS,

## INCa (Institut national du cancer)

- Rédaction du REM (Référentiel d'exigences minimales)



## ViaTrajectoire

## Bureau de la Veille et Sécurité Sanitaire – DGS

- Plan blanc



## Collaboration

---

### Lien étroit avec l'équipe INS de l'ANS

- Participation pour l'élaboration de documents
  - mettre en œuvre l'INS: exemples de cartouches ;
  - dépliant INSEE (correction INS) ;
  - INS scénarios de tests métier;
  - .....
- Co-animation de webinaires
  - Présentation de l'INS pour les PMI
  - Comment augmenter le taux de qualification des ES
  - .....





## Perspectives

---

- Partage d'expérience +++ avec l'ensemble des régions;
- Poursuivre nos actions auprès de l'Assurance Maladie;
  - Amélioration des la qualité des bases de référence
- Finaliser la mise à jour du corpus documentaire (RNIV, guide d'implémentation)



À SUIVRE . . .

---



RÉSEAU DES  
RÉFÉRENTS RÉGIONAUX  
D'IDENTITOVIGILANCE



# MERCI

## Contact



**GRIVES – ieSS**  
145 Chemin du Palyvestre - 83400 HYÈRES



<https://grives.sante-paca.fr/>



[grives@ies-sud.fr](mailto:grives@ies-sud.fr)