



**POLITIQUE
D'IDENTIFICATION DU PATIENT**

**Amélioration de l'identification du patient
2016/2018**

CHU de la REUNION

I. INTRODUCTION

L'identitovigilance au CHU de la Réunion s'inscrit parmi les objectifs prioritaires des établissements de santé.

La politique d'identification du patient s'applique à tous les modes de prise en charge (hospitalisation, conventionnelle ou ambulatoire, consultation externe, programmée ou en urgence, séance...) ainsi qu'aux consultations de télémédecine.

Selon la HAS, « 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 ». Le CHU en a fait un enjeu majeur en terme de gestion des risques liés aux soins et d'optimisation du fonctionnement du système d'information hospitalier. L'organisation et les moyens mis en œuvre sont pilotés par le comité de pilotage de l'identitovigilance

C'est un axe prioritaire du projet de soins, inscrit au plan d'actions qualité de l'établissement.

II. CADRE REGLEMENTAIRE

Droit du patient (loi du 04 mars 2002)

- « Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues par les professionnels et les établissements de santé »

Loi de janvier 1978

- Texte fondateur de la protection des données à caractère personnel de santé.
- Elle repose sur 3 principes :
 - La protection de la vie privée
 - La transparence
 - Droit à l'oubli, au secret ou à la confidentialité

Recommandations OMS

- Mai 2007 : recommandations concernant la prévention des erreurs médicales et notamment l'identification des patients.
- Identification des patients grâce à une standardisation des méthodes d'identification, et à leur participation dans cette identification.
- Communication durant le transfert des patients via des protocoles standardisés de communication des informations vitales des malades transférés.

Recommande :

- L'utilisation de procédure concernant la vérification de l'identité.
- Le choix de 2 identifiants obligatoires, n° de chambre interdit.
- L'utilisation d'un bracelet d'identification.
- L'implication des patients dans la stratégie de prévention du risque.

La CNIL

- Utilisation du NIR (Numéro d'Immatriculation au Registre) limité. Seul le décret du 12 sept 1996 a permis son utilisation uniquement dans le cadre de la gestion administrative et la facturation pour les professionnels de santé qui échangent avec les organismes de protection sociale.

Les normes européennes

- Convention pour la protection des personnes à l'égard du traitement automatisé des données à caractère personnel du 28 janvier 1981
- Directive du 24 octobre 1995 (95/46/CE) relative à la protection des données personnelles et à la libre circulation de ces données.

Instruction n° DGOS/MSIOS/2013/281 du 07 juin 2013

- Relative à l'utilisation du nom de famille (ou nom de naissance) pour l'identification des patients dans les systèmes d'information des structures des soins.
- Préconisation pour une identification sûre ; règles de saisie.

Décret du 11 février 2002

- relatif aux actes professionnels infirmiers

III. OBJECTIFS DE LA POLITIQUE

La « politique d'identification » a pour objectifs de :

- présenter les principes de management de l'identification dans l'établissement
- démontrer l'engagement fort de l'établissement dans la sécurisation des prises en charge
- définir les orientations stratégiques de l'identitovigilance et d'en décliner un programme d'actions
- informer les professionnels et les usagers sur l'organisation mise en place afin de favoriser leur implication dans la démarche.
- Veiller à l'interopérabilité des systèmes d'information au sein de l'établissement.

IV. LES PRINCIPES DE MANAGEMENT

1. Pour la définition et la validation des orientations stratégiques et la rédaction des procédures

Le Comité de Pilotage de l'Identitovigilance COPIL-IV

Le COPIL identitovigilance est une instance de réflexion, d'analyse, de proposition, de validation de coordination et de communication, appelé à travailler en collaboration avec la Direction, les instances, les services de soins, les représentants des usagers et la cellule qualité de l'établissement

Ses missions :

- Déterminer la politique d'identification au sein de l'établissement
- Définir une démarche qualité. Définir les indicateurs qualité à suivre
- Définir les moyens à mettre en œuvre
- Proposer des modifications et mises à jour de la politique d'identification
- Définir une politique de formation/sensibilisation
- Contrôler la conformité de la mise en œuvre de la politique d'identification
- Alimenter la démarche de certification en ce qui concerne l'identitovigilance
- Proposer les orientations les mieux adaptées
- Coordonner l'action des différentes parties prenantes
- Assurer une mission d'observatoire

2. Pour la gestion au quotidien et la mise en place d'actions

Les cellules identitovigilance (CIV) de site :

- Une Cellule IdentitoVigilance au GHSR
- Une Cellule IdentitoVigilance au CHFG

Chaque Cellule IdentitoVigilance a une composante administrative et soignante.

Ses missions :

- Gérer au quotidien les problèmes liés aux actions d'identification
- Analyser les événements indésirables par la gestion des risques ou tout autre professionnel de l'établissement et engager les actions de correction une fois les causes de dysfonctionnement identifiées.
- Produire les indicateurs qualité.
- Mettre en œuvre la politique d'identification validée par le COPIL IdentitoVigilance-CHU.
- Alerter le COPIL IdentitoVigilance-CHU sur les éventuels dysfonctionnements dans la mise en œuvre de la politique d'identification.
- Mettre en œuvre le programme d'action pluriannuel

3. Pour l'application et l'évaluation de la mise en œuvre

Les professionnels de l'établissement

L'inscription de l'identitovigilance figure dans les contrats de pôle (annexe 7 : projet de soins ou annexe 5 : annexe qualité/gestion des risques) engage les professionnels notamment l'encadrement dans le suivi des pratiques professionnelles.

4. Pour l'expertise et le support méthodologique

Les référents identitovigilance

Les profils de poste ont été établis avec pour missions :

- Optimiser et fiabiliser l'identitovigilance
- Assurer la formation des utilisateurs sur la recherche d'identité
- Assurer la gestion des incidents de l'identité (doublon, collision, usurpation, correction)
- Coordonner les échanges avec les différents acteurs
- Participer à la production de tableaux de bord
- Participer à l'évaluation des pratiques de l'identitovigilance.

Les formateurs assurent la formation et la sensibilisation du personnel sur les règles de vérification d'identité du patient.

Deux groupes de formateurs internes (administratif, soignant) ayant bénéficié d'une formation spécifique assurent la formation et la sensibilisation des professionnels paramédicaux et administratifs

Des médecins formateurs pour les professionnels médicaux.

V. UN ENGAGEMENT FORT DE L'ETABLISSEMENT

L'organisation permettant la prévention, la détection des erreurs et des évaluations des bonnes pratiques liées à l'identification du patient est formalisée dans l'établissement.

Il existe une politique d'identitovigilance, un règlement intérieur et une charte de fonctionnement. Il existe des instances de réflexion et opérationnelles (COFIL et CIV de site).

1. L'identification des référents

Des référents sont nommés sur chaque site et bénéficient d'une formation spécifique pour assurer leurs missions.

Une vigilance est mise en place dans l'établissement par le suivi d'indicateurs

2. Le développement des compétences des professionnels

- Un programme de formation inscrit dans le plan de formation institutionnel.
- des évaluations de pratiques professionnelles autour du thème de l'identitovigilance

3. L'amélioration de l'information des usagers

- des représentants des usagers sont conviés aux réunions du copil CHU
- Communication à destination des usagers (Affiche et livret d'accueil).

4. Communication auprès des professionnels (sécurité patients)

- Participation des professionnels à la semaine sécurité patients
- Présentation des plans d'actions aux instances : CSIRMT. réunions cadres, réunion qualité cadres

5. Politique d'investissement d'achat (imprimantes, bracelets, carte d'identification)

- Implication des différents acteurs dans l'étude des marchés pour le choix des matériels (DAE, DSIO, professionnels)

VI. LES ORIENTATIONS STRATEGIQUES DE L'IDENTITOVIGILANCE

Les orientations du CHU découlent du programme national et s'inscrivent dans la politique régionale de l'identification du patient.

Objectif général : sécuriser l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge.

Objectifs opérationnels :

- Eviter les risques majeurs connus et les événements indésirables graves liés aux erreurs d'identification du patient et mettre en place un programme d'actions pluriannuelles.
- Maintenir le niveau de sécurité par la formation (référents, médicaux, para médicaux, administratifs).
- Structurer les évaluations des pratiques professionnelles

ANNEXE 1 : PLAN D'ACTION 2016-2018

➤ EN LIEN AVEC LES AXES DU REGLEMENT INTERIEUR

- **Axe 1 : Elaborer les procédures concernant l'identification du patient et les faire valider par le COPILIV-CHU**

OBJECTIFS	ACTION	RESPONSABILITES	CALENDRIER	INDICATEUR DE RESULTATS
Harmoniser les pratiques et maintenir un niveau de connaissance des professionnels	Formaliser les protocoles en lien avec les risques identifiés Réviser les protocoles existants	Service qualité + CIV de site	2016/2018	- Nombre de protocoles révisés/an - Nombre de nouveaux protocoles diffusés/an

- **Axe 2 : Elaborer la cartographie des risques**

OBJECTIFS	ACTION	RESPONSABILITES	CALENDRIER	INDICATEUR DE RESULTATS
Contribuer la démarche qualité dans la gestion des risques liés à l'identification du patient	Elaborer la cartographie des risques	COPIL	2016	- Cartographie des risques élaborée
	Mettre en œuvre les actions correctrices	CIV en lien avec les professionnels concernés	2016-2018	- Nombre d'actions mises en place

- **Axe 3 - Produire et suivre les indicateurs qualité au sein d'un tableau de bord et recueillir les événements indésirables**

OBJECTIFS	ACTION	RESPONSABILITES	CALENDRIER	INDICATEUR DE RESULTATS
Contribuer la démarche qualité dans la gestion des risques liés à l'identification du patient	Suivre les indicateurs qualité	Référent identito	Mensuel Reporting trimestriel au copil IV	- Taux de fusion, d'annulation IEP, de correction d'identité, de collision, d'usurpation, de formation des agents, nombre d'événement indésirable (FSEI) (tableau de bord)
	Suivi des FSEI	Référent qualité/gestion des risques	Hebdomadaire Reporting trimestriel à la CIV et au copil IV	- Nombre de FSEI analysées - Nombre de CREX

- **Axe 4 : Mettre en œuvre la politique de formation et la sensibilisation :**

OBJECTIFS	ACTION	RESPONSABILITES	CALENDRIER	INDICATEUR DE RESULTATS
Maintenir un	Mettre en place une formation		2016	- Nombre de référents formés

niveau de connaissance des professionnels	spécifique pour les référents de l'identitovigilance			- Cahier des charges de la formation - Evaluation de la formation
	Mettre en place des formations pluriannuelles pour les professionnels administratifs et paramédicaux et médicaux et former systématiquement les nouveaux professionnels	COFIL en collaboration avec la DSIRMT et la coordination des secrétariats et la DAM Cadre de pôle - CFC - Coordination	2016/2018	- Nombre de formations inscrites au plan de formation institutionnel - Nombre de professionnels formés / an (par formation et au total) - Thématiques des formations en lien avec les orientations stratégiques définies par le COFIL

▪ **Axe 5 - Evaluer les pratiques**

OBJECTIFS	ACTION	RESPONSABILITES	CALENDRIER	INDICATEUR DE RESULTATS
Mesurer le niveau de qualité de l'identification du patient	Mener les évaluations sur les bonnes pratiques professionnelles (audit de pratiques administratives, soignantes, port du bracelet) - Réaliser la synthèse des résultats par pôle - Communiquer les résultats aux pôles et aux cadres de santé	Cadre de santé Cadre du pôle Service qualité	Audit semestriel 2016-2018	Taux de conformité Plans de réajustements des pratiques

▪ **Axe 6 : Développer les outils d'identification des patients**

OBJECTIFS	ACTION	RESPONSABILITES	CALENDRIER	INDICATEUR DE RESULTATS
Fiabiliser l'identification par des outils adaptés	Mettre en place les bracelets imprimés	COFIL/ DSIO	4ème trim 2016- 2ème trim 2017	Nombre de services dotés d'imprimantes de bracelet Taux de patient portant un bracelet imprimés (audit)
	Mettre en place la carte d'identification du patient	COFIL / BE / secrétariats	2017	Taux de patient présentant leur carte d'identification (audit de pratiques)

▪ **Objectif 7 : Participer au collège régional d'identitovigilance**

OBJECTIFS	ACTION	RESPONSABILITES	CALENDRIER	INDICATEUR DE RESULTATS
Echanger et harmoniser la politique	Participer aux réunions et à la rédaction des documents régionaux	Président Copil + référents IV		Taux de participation aux réunions du collège

➤ PLAN D'ACTION ISSU DE L'ANALYSE DES RISQUES - CHU NORD

Risque identifié	Objectif	Actions d'améliorations	Pilote	Début	Fin	état d'avancement
Identification des enfants uniquement par leur prénom : risque de confusion	Sécuriser l'identification des enfants	Formaliser les bonnes pratiques d'identification des nouveaux nés et enfants dans le pôle pédiatrie et formaliser la procédure de changement de nom/ prénom des nouveaux nés (en relation avec le service d'état civil)	Reine Laurent / Isabelle BARBE	1/9/16	1/1/17	en cours
Absence de procédure de changement du nom / prénom du nouveau né : risque d'erreur de patient/ risque de doublon à la prochaine hospitalisation	Sécuriser l'identification des enfants	Formaliser les bonnes pratiques d'identification des nouveaux nés et enfants dans le pôle pédiatrie et formaliser la procédure de changement de nom/ prénom des nouveaux nés (en relation avec le service d'état civil)	Reine Laurent / Isabelle BARBE	1/9/16	1/1/17	en cours
Confusion identification Mère enfant	Sécuriser l'identification des enfants	Formaliser les bonnes pratiques d'identification des nouveaux nés et enfants dans le pôle pédiatrie et formaliser la procédure de changement de nom/ prénom des nouveaux nés (en relation avec le service d'état civil)	Reine Laurent / Isabelle BARBE	1/9/16	1/1/17	en cours
Patient non communiquant sans bracelet d'identification (coma, confusion, enfant, barrière de la langue)	Garantir l'application des bonnes pratiques	Actualiser la procédure sur le port du bracelet d'identification en précisant les bonnes pratiques dans les cas particuliers (services ou type de patients : grands brûlés, réa, obèse, nouveau né, coma, confusion, enfant, barrière de la langue)	Bénédicte ARTARIT	1/6/16	1/1/17	non initié
Bracelet d'identification absent ou non conforme : étiquette illisible, refus du patient, bracelet non adapté à certains patients (grands brûlés, réa, obèse, nouveau né)	Garantir l'application des bonnes pratiques	Actualiser la procédure sur le port du bracelet d'identification en précisant les bonnes pratiques dans les cas particuliers (services ou type de patients : grands brûlés, réa, obèse, nouveau né, coma, confusion, enfant, barrière de la langue)	Bénédicte ARTARIT	1/6/16	1/1/17	non initié
Méconnaissance de la méthode de vérification d'identité	Développer les compétences. Diffuser les bonnes pratiques	Poursuivre la formation du personnel et les audits des pratiques sur la méthode de vérification de l'identité	Formateurs et auditeurs désignés en copil	1/6/16	1/1/17	en cours
Homonymies dans un service : risque de confusion	Garantir l'application des bonnes pratiques	Formaliser les bonnes pratiques d'organisation en cas d'homonymies (dans services de soins ou médico techniques)	Copil identito	1/10/16	1/1/17	non initié
Création d'identité par des personnels non formés : risque d'erreur dans la saisie des identité, risque de créer des doublons	Fiabiliser la création d'identité	Former les médecins et les nouvelles SF à la création d'identité	DIMS	1/6/16	1/12/17	en cours
Défaut d'information des usagers : risque de non coopération des patients à leur identification et vérification tout au long du parcours	Faire participer les usagers	Réaliser des audits dans les services sur le port du bracelet et l'information donnée au patient.	cadres de santé	1/7/16	1/1/17	en cours

Défaut d'information des usagers : risque de non coopération des patients à leur identification et vérification tout au long du parcours	Faire participer les usagers	Mener une action de communication aux usagers lors de la journée sécurité des patients	pilote processus / accompagnant qualité	1/10/16	1/12/16	non initié
Méconnaissance de la procédure d'identification de patient sous un prête nom dans certains services (labo, pharmacie..) :	Garantir l'application des bonnes pratiques	Rappeler la procédure actuelle de création d'identité (utilisation de prête nom) au cas par cas. Sensibiliser les services laboratoires et pharmacie.	Correspondants identitovigilance	1/11/16	1/1/17	non initié
Transcription manuelle de l'identité (registre décès) : risque d'erreur	Sécuriser l'identification des patients décédés	Formaliser et évaluer la procédure d'identification des patients décédés (double contrôle, registre..)	copil identito	1/1/17	1/4/17	non initié

➤ **PLAN D'ACTION ISSU DE L'ANALYSE DES RISQUES - CHU SUD**

Risques identifiés	Objectifs	Actions d'amélioration	Pilotes	Début	Fin	Etat d'avancement
Qualité et sécurité des impressions des étiquettes	Imprimer des étiquettes conformes et sécurisées en qualité et nombre	Revoir avec la DSIO les paramétrages de simprimantes	Copil Identito - DSIO	1er sept. 2016	sept.-16	en cours
		Mettre une affiche d'alerte auprès des appareils	Copil Identito	1e sept. 2016	sept.-16	non initié
Bracelet d'identification du patient avec étiquette qui se décolle	Avoir une identification fiable avec le bracelet	Déploiement des imprimantes bracelet portant l'identité gravée dans la masse	Copil Identito - DSIO	mars-17	mai-17	en cours
Aux urgences, gestion de plusieurs patients avec identité inconnue (absence d'infos concernant le patient transporté à le service de secours), cartes vitales avec prénoms d'enfants similaire,	Disposer d'une identité fiable et conforme	Application du protocole d'identitovigilance avec identification provisoire en l'absence de documents officiel	Adm -Urg.	juin-16	juin-16	en cours
		Audits des procédures de création de dossiers aux Urg.	Copil Identito	4ème T 2016	déc.-16	non initié
		Poursuivre la formation de l'équipe d'admission	Formateurs identito	1er Déc 2016	déc.-16	en cours
Utilisation d'étiquettes d'un précédent séjour restées dans le dossier	Ne disposer que d'étiquette en cours de validité	Rajouter dans la procédure d'archivage du dossier l'élimination systématique des étiquettes du séjour	Copil identito / Pôles cliniques	1er Sept 2016	sept.-16	en cours
Identification du nouveau né n'est pas sécurisé entre le moment de sa naissance et la création informatique du dossier	Garantir une identification sécurisé du BB à la naissance	Procédure d'identification du nouveau né dès la naissance et ce avant la création informatique du dossier	Copil identito / Pôle mater	1er Déc 2016	déc.-16	en cours