KIT DE DÉPLOIEMENT DE L' IDENTITOVIGILANCE DANS UNE STRUCTURE MÉDICO-SOCIALE

COMPRENDRE L'IDENTITOVIGILANCE

Objectif

L'identitovigilance est le dispositif destiné à éviter les erreurs d'identification, tant dans le système d'information au travers du DUI (Dossier Usager Informatisé) que dans les actions humaines.

L'objectif de ce kit est de promouvoir les bonnes pratiques d'identitovigilance pour :

- Garantir la bonne identification des usagers, condition clé de la sécurisation de leur parcours de santé.
- Éviter les risques encourus par l'identification imparfaite.

Contenu

En proposant des documents et des outils destinés spécifiquement au secteur médico-social, ce kit permettra de :

- comprendre l'identitovigilance et ses enjeux, ainsi que la réglementation applicable ;
- identifier les étapes clé à respecter pour conduire une politique d'identitovigilance ;
- disposer de ressources nécessaires à la mise en place de cette démarche.

Ce kit est à disposition des structures médico-sociales (équipe de direction et référent identitovigilance).

Les enjeux des bonnes pratiques d'identification

Dans ce contexte, la démarche d'identitovigilance soutient la qualité des accompagnements et des soins, du suivi et de l'analyse des données d'activités

L'intérêt de l'identitovigilance dans une structure médico-sociale

Dans les structures médico-sociales, des facteurs externes ou internes peuvent favoriser la survenue d'erreurs dans l'identification.

Il est essentiel de s'en prémunir, car elles peuvent provoquer des situations indésirables, potentiellement graves. Par exemple, des ruptures dans l'accompagnement ou des retards dans les prises en charge (ne pas s'adresser à la bonne personne), des erreurs dans la distribution de médicaments, des confusions lors des échanges d'informations avec les partenaires extérieurs. pouvant avoir des conséquences très graves voire mortelles pour les établissements médicalisés.

Des risques avérés pour la qualité et la sécurité des parcours

Des événements indésirables en lien avec l'identification se produisent quotidiennement.

Les erreurs sont, la plupart du temps, rattrapées par la vigilance des professionnels et sans répercussion pour l'usager. Leur recensement comme leur médiatisation concernent principalement les plus graves.

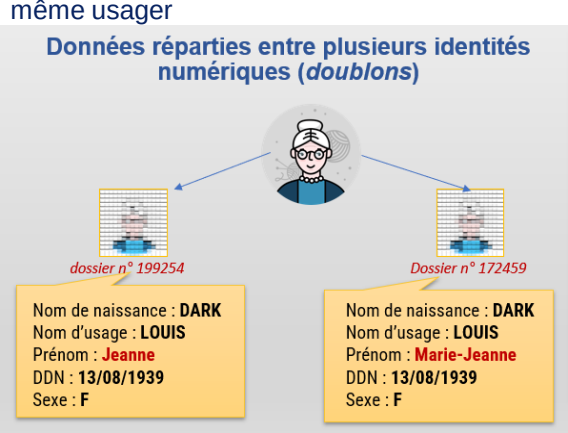
Cependant, au regard des conséquences éventuelles, la vigilance s'impose et doit s'organiser selon des procédures précises.

La création de doublons de dossiers

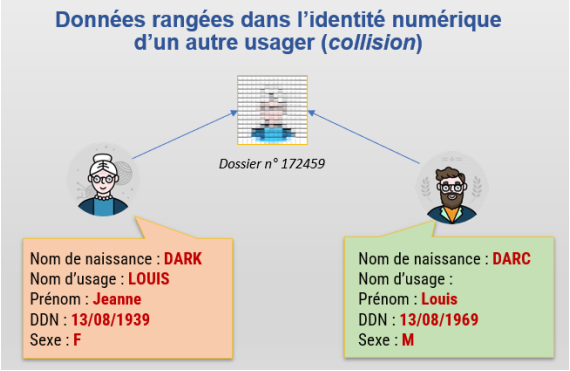
Elles correspondent à la **création de plusieurs identités numériques pour un même usager** dans un référentiel d'identités.

Ces doublons sont à l'origine de la dispersion des données de santé de l'usager dans plusieurs dossiers, pouvant induire une erreur par défaut d'information.

Les erreurs liées à l'identification primaire (ie. lorsque l'on crée une identité dans un dossier numérique) concernent principalement la création de doublons de dossiers pour un même usager



La collision de données



La survenue d'une *collision de données*, bien que plus rare, consiste à **enregistrer des données de deux usagers différents sous une même identité numérique**. Des collisions peuvent survenir :

- du fait de l'erreur de sélection d'un dossier d'usager, liée à une pratique non conforme de recherche d'antériorité, notamment avec identités approchantes (par exemple, une date de naissance absente des critères de recherche) ;
- lors du classement d'un document ou l'enregistrement d'une donnée relative à la prise en charge de l'usager dans un dossier qui n'est pas le sien ;
- en cas d'utilisation frauduleuse par un autre usager de l'identité d'un patient déjà connu dans la structure.
- à l'occasion d'une erreur de fusion concernant des dossiers d'usagers d'identités très ressemblantes ;

Définitions

Identité

Un ensemble d'informations (appelées traits d'identité) qui permettent de reconnaître une personne physique et d'établir son individualité au regard de l'état civil (date et lieu de naissance, nom, prénom, filiation, etc.).
Ces éléments sont attestés par des dispositifs d'identification : documents d'identité officiels ou leurs équivalents numériques.

Identité numérique

Représentation d'un individu dans un système d'information. elle est composée de traits stricts (éléments d'identification de base, obligatoires) et de traits complémentaires (autres données personnelles).

Identification

Opérations permettant d'établir l'identité d'un individu au regard de l'état civil.
Pour une structure médico-sociale, l'identification de l'usager a pour objet de lui attribuer une identité numérique - qui doit être unique – afin de référencer tous les activités et documents dont il bénéficie en termes d'accompagnement, de prévention, diagnostic, traitement, suivi médico-social, suivi social.

Identitovigilance

Organisation et procédures mises en œuvre pour fiabiliser l'identification de l'usager et de ses données personnelles. L'identitovigilance porte sur la compréhension et le respect par tous les acteurs des règles d'identification, ainsi que la gestion des risques liés aux erreurs rencontrées.

On distingue deux temps à finalités différentes :

- ***l'identification primaire*** permet d'attribuer une identité numérique unique à un usager dans le système d'information. En structure ESMS, cette identité est dans le dossier usager informatisé (DUI). Elle comprend les étapes de recherche, création, modification de l'identité numérique ainsi que l'attribution d'un niveau de confiance à cette identité ;

- ***l'identification secondaire*** consiste à vérifier, par toutes les personnes appelées à accompagner ou soigner l'usager, l'adéquation entre l'identité réelle et celle présente sur les outils de prise en charge. Elle a pour objet de garantir que les prestations sont délivrées au bon usager et que les informations sont enregistrées dans le bon dossier.

  Elle consiste à intégrer des bonnes pratiques (barrières) de sécurité, dans les pratiques quotidiennes, afin de s'assurer que l'identité numérique enregistrée sur les documents et outils utilisés pour la prise en charge de l'usager (écran DUI, prescription, étiquette d'identification, pilulier, plateau repas, etc.) correspondent à l'identité physique de l'individu.

Focus sur le référentiel national d'identitovigilance (RNIV)

Projet socle de la feuille de route du numérique en santé et pilier du Ségur de la Santé, **l'INS - Identité Nationale de Santé** (anciennement Identifiant national de santé) est une identité unique, pérenne pour un usager, utilisée par tous les professionnels de santé et du secteur médico-social.

L'utilisation de l'INS est régit par les articles R1111-8-1 et suivants. Elle nécessite le respect de **bonnes pratiques d'identitovigilance**, définies dans le référentiel national d'identitovigilance (RNIV).

Conçu par les professionnels du réseau des référents régionaux en identitovigilance (3RIV) sous l'égide du ministère en charge de la santé, ce référentiel fixe le niveau minimal de sécurité que toutes les parties prenantes doivent appliquer.
(usagers, professionnels de santé, agents chargés de la création et la modification des identités dans le système d'information, éditeurs informatiques, responsables de traitements d'applications e-santé, organismes d'assurance maladie (obligatoires et complémentaires), et services sociaux).

Il comporte 5 volets :

- RNIV 0 - points essentiels
- RNIV 1 - principes communs
- RNIV 2 - identitovigilance en établissement de santé
- RNIV 3 - identitovigilance structures non hospitalières
- RNIV 4 - acteurs libéraux

NOTIONS DE BASE
Vocabulaire de l'identitovigilance et Identité INS

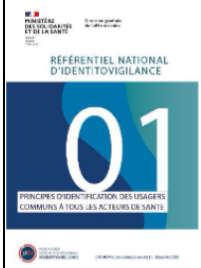
IDENTIFICATION PRIMAIRE D'UN USAGER
Définitions, modalités de recueil et d'utilisation des traits

NIVEAUX DE CONFIANCE DE L'IDENTITÉ NUMÉRIQUE
Définition des statuts de l'identité numérique et vérification de l'identité INS

IDENTIFICATION SECONDAIRE
Définitions et techniques d'identification secondaire

RÉFÉRENCEMENT DES DONNÉES DE SANTÉ
Règles de base et transmission des données de santé

ORGANISATION DE LA GESTION DES RISQUES
Politique et gouvernance, référents et documents qualité



BONNES PRATIQUES POUR L'IDENTIFICATION PRIMAIRE D'UN USAGER
- enregistrement numérique d'un usager
- emploi de l'identité INS
- validation de l'identité numérique
- Utilisation pratique des traits d'identités

GESTION DES RISQUES LIÉS À L'IDENTIFICATION DES USAGERS
- GDR liée à l'identification primaire : sécurité des identités numériques, gestion des anomalies dans les bases d'identités sécurité d'emploi de l'identité INS
- GDR liée à l'identification secondaire
- Documentation qualité
- Indicateurs qualité
- Formation et sensibilisation à l'identitovigilance

POLITIQUE ET GOUVERNANCE
- **Politique d'identitovigilance :** formalisation / objectifs / périmètre d'application / communication / évaluation /
- **Gouvernance de l'identitovigilance :** instance de pilotage, référent en identitovigilance
- **Documentation :** charte d'identitovigilance, procédures opérationnelles à formaliser, autres documents à détenir
- **Indicateurs qualité**

GESTION DES RISQUES
- **Principaux généraux :** les acteurs, la cartographie des risques *a priori*, les risques *a posteriori*
- **Sécurisation des démarches d'identification primaire :** règles générales et plus précisément comment sécuriser l'enregistrement des identités numériques, l'utilisation de l'INS et la gestion des identités approchantes
- **Sécurisation des démarches d'identification secondaire :** règles générales et en particulier comment sécuriser l'identification de l'usager et l'utilisation des documents de prise en charge
- **Formation et sensibilisation**

RNIV en établissement ou service médico-social (ESMS)

Référentiel INS : https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-des-soins-et-pratiques/securite/securite-des-soins-securite-des-patients/article/identitovigilance

Focus sur l'Identité Nationale de Santé

Qu'est-ce que l'INS ?

Une identité numérique provenant de bases nationales d'état civil (Répertoire national d'identification des personnes physiques (RNIPP) pour les usagers nés en France ou Système national de gestion des identifiants (SNGI) pour les usagers nés à l'étranger et couverts par l'Assurance Maladie. Les deux bases RNIPP et SNGI sont synchronisées). Cette identité est unique, pérenne, partagée et utilisée par tous les professionnels du secteur sanitaire et médicosocial.

Elle est composée de :

- un matricule INS, constitué par le numéro d'identification au répertoire (NIR) ou, pour les usagers en cours d'immatriculation, par le numéro d'identification d'attente (NIA).
- 5 traits :
  - nom de naissance,
  - prénom(s) de l'état civil,
  - date de naissance,
  - sexe,
  - lieu de naissance (la commune pour les personnes nées en France ou le pays pour les autres), sous forme de code officiel géographique (COG), aussi appelé code INSEE.

Dans quel cadre législatif ?

- Obligatoire depuis le 1er janvier 2021 pour référencer, échanger et partager les données de santé à caractère personnel - décret n° 2019-1036
- Basée sur un corpus règlementaire, dont l'arrêté du 27 mai 2021 :
  - rend opposables le Référentiel INS, le Référentiel national d'identitovigilance (RNIV) et le Guide d'implémentation de l'INS.
  - donne aux dispositions prévues (bonnes pratiques et organisation), **une valeur juridique opposable à tous les acteurs** qui concourent à la prise en charge des usagers en traitant des données de santé à caractère personnel.

Quand et comment l'utiliser ?

L'INS doit être utilisée uniquement au sein des outils traitant des données personnelles : le DUI ou d'autres documents (exemples : plan personnalisé, ordonnances, étiquettes, courriers).

L'INS ne doit pas être utilisée :

- dans les logiciels ne traitant pas des données de santé ;
- en cas de doute sur l'identité de l'usager ;
- dans les situations légales d'anonymat (ex : prise en charge en addictologie).

L'INS peut être récupérée ou vérifiée à partir du téléservice numérique INSi (mis en œuvre par le GIE Sesam Vitale).

Pour être utilisée en toute sécurité, l'INS doit être ***qualifiée***. Cela signifie à la fois:

- être récupérée dans le DUI via l'utilisation du téléservice INSi ;
- Avoir vérifié la concordance avec les traits d'un dispositif d'identification de haut niveau de confiance (carte nationale d'identité, passeport, titre de séjour...).

KIT DE DÉPLOIEMENT DE L' IDENTITOVIGILANCE DANS UNE STRUCTURE MÉDICO-SOCIALE

MISE EN ŒUVRE

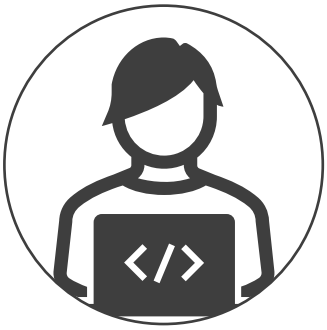
Des enjeux communs…

- Assurer la bonne prestation à la bonne personne
- Fluidifier les parcours et la coordination avec les partenaires extérieurs
- Mettre en conformité les systèmes d'information et organisations avec le corpus réglementaire

…et des enjeux spécifiques aux acteurs

Directeur d'ESMS (Dir ESMS)

- Structurer, optimiser et sécuriser l'organisation de sa structure
- Formaliser et/ou réviser des processus et procédures liés d'identification (lors de l'admission et tout au long des accompagnements)



Directeur et Responsable SI (RSI)

- Sécuriser les outils et applications manipulant des données de santé
- Assurer les prérequis techniques et la conformité SI avec le Référentiel national d'identitovigilance (RNIV)
- Améliorer la qualification et l'intégrité de la donnée dans le Dossier usager informatisé (DUI)

Référent en identitovigilance (Réf IV)

- Fluidifier les parcours et la coordination avec les partenaires extérieurs
- Assurer la bonne prestation à la bonne personne
- S'assurer de la conformité des outils et du fonctionnement de la structure avec le corpus réglementaire opposable défini par l'arrêté du 27 mai 2021

l'anap | agence nationale de la performance sanitaire et médico-sociale

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 évènement 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**

Phase 1 - Déployer

Définir la stratégie | Conduire l'état des lieux / Etablir le plan d'actions | Intégrer la démarche aux pratiques

La stratégie de déploiement et son pilotage (instances, répartition des responsabilités, indicateurs, etc.) doivent être définis sous l'autorité du directeur, soutenu en particulier par le référent identitovigilance et le RSI.

Dir ESMS

Le directeur :

- Inscrit l'identitovigilance dans la stratégie d'établissement
- Identifie les ressources requises:
  - Nomme le référent identitovigilance
  - Accompagne sa montée en compétences (formation, identification des relais au niveau régional)
  - S'assure de l'existence d'une organisation et de procédures maitrisées
  - Mandate le DSI/RSI sur la mise en conformité des outils pour répondre aux exigences du RNIV.
- Installe la gouvernance
  - Sanctuarise le temps de rencontre (y compris dans des instances déjà existantes) dévolu à l'identitovigilance de façon à garantir le déploiement des bonnes pratiques, notamment durant les premiers temps.
  - L'instance réunit le directeur de la structure ou de l'organisme gestionnaire, le référent identitovigilance, le responsable qualité (si existant), le RSI ou équivalent et des représentants métier, en particulier un responsable soignant (si existant).
  - Elle vise à suivre le plan d'action, son évaluation et à orienter l'évolution des outils et pratiques. Le suivi des évènements indésirables liés à l'identité y sera également assuré.

Les outils du kit :

- Fiche de poste du référent identitovigilance
- Lettre de nomination
- Modèle de RACI

Focus RNIV 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.

Recommandation : nomination du référent en identitovigilance

En fonction des organisations, du public accueilli, de la répartition géographique des structures et de leur taille, etc., plusieurs modalités sont envisageables.

Le référent en identitovigilance peut être un responsable/référent qualité, un personnel d'encadrement, une ressource dédiée à temps partiel ou plein, … Dans les structures de très grande taille, il peut s'appuyer sur un ou plusieurs correspondants en identitovigilance.

Le RNIV ne permet pas de mutualiser ou d'externaliser les fonctions de référent en identitovigilance entre plusieurs organismes gestionnaires. Il est néanmoins possible de faire appel à l'expertise du **référent régional en identitovigilance*** pour toute question, en particulier : l'organisation et la gouvernance, l'identification des usagers, la transmission des traits d'identité entre structures, la gestion des évènements indésirables.

Exemple 1 : Désignation d'un correspondant par pôle, par site ou par public

Organisme gestionnaire (OG)	Référent en identitovigilance	Correspondant en identitovigilance
Structure autonome	Chef de service / Cadre de santé / Cadre éducatif / Coordonnateur	
OG – exemple a	Missions adossées à une fonction transversale : Responsable qualité national / Chargé de missions / DSIO/ DPO *	Référent qualité par établissement
OG – exemple b	Missions adossées à une fonction transversale : Responsable qualité national / Chargé de missions / DSIO / DPO	Référents qualité régionaux + Référent qualité par établissement
OG – exemple c	Fonction de plein exercice (à temps plein)	Référents qualité régionaux + Référent qualité par établissement

Exemple 2 : Désignation d'un correspondant en charge de l'identification primaire et un correspondant en charge de l'identification secondaire

Type de structure	Correspondant en charge de l'identification primaire	Correspondant en charge de l'identification secondaire
EHPAD	Responsable de l'accueil	Infirmier / médecin coordinateur
Établissement pour adultes médicalisé	Assistante de direction / Personnel administratif	Infirmier / médecin coordinateur
Établissement pour adultes non médicalisé	Assistante de direction / Personnel administratif	Chef de service
Structure d'accompagnement à domicile	Assistance de direction	Chef de service
Structure de type ambulatoire (CAMSPS, CMPP)	Secrétaire médicale	Direction médicale
Institut pour enfant	Secrétariat des 'usagers'	Chef de service

Liste des référents en Identitovigilance ANS : esante.gouv.fr
DPO : Délégué à la protection des données

Phase 1 - Déployer

Définir la stratégie | **Conduire l'état des lieux / Etablir le plan d'actions** | Intégrer la démarche aux pratiques

Les actions suivantes sont réalisées sous l'impulsion de la direction. L'implication du directeur, conseillé par son référent identitovigilance, est essentielle pour soutenir chacun des acteurs. Il permet également de maintenir la dynamique et l'appropriation des bonnes pratiques.

Etat des lieux

Le référent en identitovigilance :

Réf IV

- Analyse les pratiques et procédures existantes (lieux, pratiques et acteurs de l'identification) et les changements nécessaires, en sollicitant les référents métiers et en s'appuyant sur :
  - Questionnaires d'autoévaluation existants (questionnaire de l'Agence du Numérique en Santé (ANS) existant en version EHPAD et en version ESMS PH, questionnaires régionaux, …)
  - Évaluations de la culture des professionnels en identitovigilance (enquêtes de la perception de l'identitovigilance par les professionnels, audits de pratiques, …)

Le RSI :

RSI

- Analyse les outils SI existants, avec les conseils du référent :
  - Recense et identifie les applications et outils qui manipulent des données de santé
  - S'assure des prérequis techniques pour les applications/outils recensés

Les ressources :

- Questionnaire autoévaluation INS EHPAD
- Questionnaire autoévaluation INS ESMS PH
- Questionnaire autoévaluation INS PMI
- Cartographie fonctionnelle du DUI dans l'établissement

Phase 1 - Déployer

Définir la stratégie | **Conduire l'état des lieux / Etablir le plan d'actions** | Intégrer la démarche aux pratiques

Plan d'actions

Réf IV

Le référent :

- Organise la réponse aux besoins en construisant un plan d'actions intégrant
  - L'animation et le suivi de la gouvernance
  - La méthode et le calendrier de rédaction de la documentation
  - Un plan d'accompagnement du changement interne (communication, formation) et externe (implication des partenaires concernés pour les procédures les concernant)
  - L'évolution du SI (avec le RSI)
  - L'élaboration des indicateurs et leur suivi

RSI

Le RSI :

- Pilote le projet d'évolution du SI lié à l'identitovigilance :
  - Définit avec le ou les éditeur(s) les modalités de déploiement des évolutions du DUI (gestion des identités dans le DUI, fonctionnalité INSi),
  - Met en œuvre les prérequis identifiés (contractualisation auprès de l'ANS pour commander les carte CPx nominatives, lecteurs de cartes si nécessaire, etc.),
  - Planifie et suit l'implémentation technique dans l'outil (y compris en termes d'ouverture de droits),
  - Ajuste les procédures avec les directions métiers et le référent en identitovigilance
- Accompagne la conduite du changement :
  - Participe, avec le référent en identitovigilance, à la formation de l'ensemble des acteurs et à la rédaction/actualisation des procédures et de la charte d'identitovigilance
  - Met à jour la cartographie applicative
- Suit et s'assure du maintien des évolutions techniques relatives à l'identitovigilance dans les outils.

Phase 1 - Déployer

Définir la stratégie | **Conduire l'état des lieux / Etablir le plan d'actions** | Intégrer la démarche aux pratiques

La documentation relative à l'identitovigilance (charte, procédures opérationnelles, adaptation des habilitations et pratiques d'utilisation du SI, etc.) est réalisée en équipe en fonction des thématiques et des compétences. Les tâches règlementaires et procédures reviendront plus spécifiquement au référent identitovigilance et responsable qualité, alors que les tâches touchant à l'organisation des outils SI et des flux reviendront au RSI

Charte et politique d'identification

Réf IV

Le référent :

- Anime les travaux de la gouvernance conduisant à la définition d'une politique d'identification pour l'établissement et de la charte qui pourrait en découler

Les outils du kit :

- Proposition de RACI pour la mise en œuvre de l'Identitovigilance
- Charte identitovigilance pour un ESMS
- Logigramme des bonnes pratiques en matière d'identification primaire
- Catalogue de ressources externes : formation, communication, questionnaires

Tout au long de la démarche, le référent peut se rapprocher du référent régional en identitovigilance (cf. liste: Toolbox - esante.gouv.fr) pour favoriser la montée en compétence: connaitre l'offre de formation, se renseigner sur les possibilités d'accompagnement , se faire connaître, adhérer à un réseau de référents, …

Phase 2 - Evaluer

Suivre et communiquer

Analyser et rectifier

Le référent :

Réf IV

- Définit des indicateurs qui mesureront l'atteinte d'objectifs sur différentes dimensions:
  - La cohérence des moyens (exemple : taux d'applications de santé utilisées dans la structure en capacité de gérer l'INS) ;
  - L'efficacité et la conformité d'un processus (exemple : taux de doublons générés par chacun des services assurant l'accueil des usagers) ;
  - Les résultats d'actions d'amélioration (exemple : taux de professionnels de la structure ayant bénéficié d'une formation à l'identitovigilance depuis moins de 3 ans).
- S'assure que les indicateurs mesure ce qu'ils sont censés mesurer (spécifique) mais pas d'avantage (biais). Ils peuvent être détaillés dans une fiche descriptive, appelée carte d'identité de l'indicateur, qui contient :
  - La finalité de l'indicateur
  - Ses modalités pratiques de calcul
  - Les seuils de performance (minimum acceptable, objectif visé)
  - Les conditions et les biais potentiels d'interprétation de la donnée.

Les indicateurs

Le Réseau des référents régionaux en identitovigilance (3RIV) propose des cartes d'identité des indicateurs relatifs à l'INS cf. documents IND 01 à IND 05 dans les documents publiés par cette association.

RÉSEAU DES RÉFÉRENTS RÉGIONAUX EN IDENTITOVIGILANCE

Liste des documents en vigueur publiés par le 3RIV

Code	Titre (cliquer sur le titre pour ouvrir le document)
IND 01	Taux d'identités numériques qualifiées (IN-QUAL)
IND 02	Taux d'identités numériques validées (IN-VALI)
IND 03	Taux d'identités INS (IN-INSI)
IND 04	Taux de doublons de matricules INS (IN-MATR)
IND 05	Taux de documents de liaison référencés avec l'INS (IN-DOLI)

Carte d'identité de l'indicateur

IN-QUAL *Taux d'identités numériques qualifiées (file active)*			
Finalité de l'indicateur	Évaluer la capacité de la structure à référencer les données de santé avec une identité INS (identités numériques au statut ***Identité qualifiée***).		
Niveau de mesure	Référentiel d'identités de la structure		
Échantillonnage	Ensemble des usagers accueillis pendant la période de mesure (file active)		
Numérateur	Nombre d'identités numériques au statut ***Identité qualifiée*** pour les usagers accueillis sur la période.		
Dénominateur	Nombre total d'identités numériques correspondant aux usagers accueillis sur la période, **hors** identités avec attribut ***Identité fictive*** ou ***Identité douteuse***.		
Fréquence de recueil	☐ Annuel ☐ Semestriel ☒ Trimestriel ☐ Mensuel		
Résultat	Exprimé en %	**Objectif**	> 50 % (cible : > 90% fin 2022)
		Seuil d'alerte	< 30 %
Interprétation	Un taux faible de l'indicateur IN-QUAL témoigne de la difficulté de la structure à faire évoluer les identités numériques vers le statut ***Identité qualifiée*** permettant l'usage sans réserve de l'identité INS. Il s'apprécie au regard du résultats de 2 autres indicateurs : IN-VALI (cf. *IND 02 Taux d'identités numériques ayant fait l'objet d'une validation*) et IN-INSI (cf. *IND 03 Taux d'identités INS dans la base d'identités*) en termes : - de modalités d'accueil et d'identification primaire des usagers ; - d'adaptation des outils informatiques… NB : le taux d'identités qualifiées est potentiellement plus faible si la structure accueille des usagers en situation d'identification dégradée (urgence, psychiatrie), un nombre important d'étrangers ou qu'elle réalise un nombre important d'actes dans le cadre de la sous-traitance, sans possibilité de qualifier les identités numériques reçues.		
Biais identifié	Le résultat peut être faussement minoré s'il est impossible d'exclure les identités numériques ayant un attribut ***Identité douteuse*** ou ***Identité fictive*** dans le calcul du dénominateur.		
Traçabilité	Implémentation du tableau de bord de l'identitovigilance de la structure		
Responsabilité	Référent en identitovigilance		
Communication	☒ Locale ☐ Territoriale (GHT) ☒ Régionale ☐ Nationale		

Tableau de bord

Les indicateurs sont réunis par thématique dans un tableau de bord qui doit également respecter un certain nombre de critères :

- Comporter un nombre limité d'indicateurs ;
- Se limiter à ceux qui concernent la thématique évaluée ;
- Offrir une vue d'ensemble des résultats ;
- Être facile à actualiser ou à faire évoluer en fonction des besoins.

La construction, le recueil et l'interprétation des indicateurs sont à réaliser sous l'autorité de l'instance de gouvernance ou de coordination.

Une périodicité de mesure et d'analyse, de préférence trimestrielle, permet de piloter finement et de mettre en place rapidement des actions correctives si nécessaire.

Indicateurs à suivre

Le RNIV donne un certain nombre d'exemples d'indicateurs à suivre en termes d'identification primaire et de gestion des risques.

En identification primaire, il est important d'évaluer la qualité du référentiel d'identités et l'efficacité du traitement des anomalies. Sans être exhaustifs, les indicateurs les plus pertinents sont :

- Taux d'identités numériques au statut *identité provisoire* ;
- Taux d'identités numériques au statut *identité validée* ;
- Taux d'identités numériques au statut *identité récupérée* ;
- Taux d'identités numériques au statut *identité qualifiée* ;
- Taux de doublons dépistés dans la file active des usagers accompagnés ;
- Nombre ou taux de collisions détectées ;
- Nombre ou taux d'évènements indésirables (EI) relatifs à l'identification primaire.

Focus RNIV 1	Exigences communes relatives aux pratiques professionnelle	
	Exi PP 05	Avant toute intégration de l'identité INS dans l'identité numérique locale, il est nécessaire de valider la cohérence entre les traits INS renvoyés par le téléservice INSi et les traits de la personne physique prise en charge.

En identification secondaire, il est nécessaire de suivre le respect des bonnes pratiques d'identification par les professionnels. Sans être exhaustifs, les indicateurs les plus pertinents sont :

- Taux des évènements porteurs de risques (EPR) ou « presque accident » relatifs à l'identification secondaire ;
- Taux des évènements indésirables relatifs à l'identification secondaire.

La formation des professionnels est suivie par des indicateurs *ad hoc* évaluant les taux de professionnels formés. On distingue ceux qui ont la charge de l'identification primaire de ceux qui accompagnent les usagers et donc plutôt concernés par l'identification secondaire. Il est intéressant aussi de distinguer la part des nouveaux arrivants et des professionnels intérimaires ayant bénéficié d'une formation à leur arrivée.

Focus RNIV 3	Exigences et recommandations spécifiques aux structures non hospitalières	
	Exi SNH 03	La formation et la sensibilisation des professionnels à l'identitovigilance doit faire partie des actions du plan de formation annuel de toute structure non hospitalière.
	Reco SNH 01	La politique d'identitovigilance doit être intégrée à la politique qualité et sécurité conduite par la structure – ou par le groupe auquel elle appartient.

Les instances régionales ou nationales sont aussi en capacité de fournir certains indicateurs (exemple : indicateur de déploiement du téléservice INSi par département, éditeur et structure fourni par le GIE SESAM Vitale).

Phase 2 - Evaluer

Suivre et communiquer

Analyser et rectifier

Le référent identitovigilance (avec l'appui du référent qualité) définit des bonnes pratiques et la gestion des risques en identification. La mise en œuvre de ces pratiques d'amélioration continue est portée par le directeur d'ESMS.
La gestion des risques permet :

- d'identifier les situations à risques d'erreurs.
- mettre en place des protections (règles, procédures). Celles-ci contribuent à diminuer la survenue des erreurs.

Il est utile de faire la distinction entre les erreurs liés à des problèmes d'identification primaire et celles qui sont associés à des mauvaises pratiques d'identification secondaire.

Réf IV

Le référent, en lien avec le responsable qualité :

- Analyse les risques :
  - Identifie avec les équipes les risques d'identification dans le parcours de la personne : création ou modification de l'identité numérique, récupération de l'INS, distribution de repas ou de médicaments, transferts, trombinoscope, transmission de données de santé, etc.
  - Les intègre à la cartographie des risques en identifiant pour chaque situation :
    - les impacts potentiels
    - l'existence et la robustesse des protections existantes (procédures),
    - la possibilité de mettre en place des protections plus solides.
  - Propose au directeur les protections organisationnelles (adaptation des pratiques, formation, information, sensibilisation) et techniques (contrôle...)
  - Soutient la mise en œuvre effective des actions d'amélioration
- Sensibilise les intervenants internes et externes à l'identitovigilance :
  - Diffuse les retours d'expériences : analyse du déroulement de l'erreur, identification des facteurs qui ont favorisé sa survenue et définition des actions correctives et/ou préventives pour éviter la récidive ou limiter les effets,
  - Promeut le signalement des erreurs pour continuer de s''améliorer,
  - Organise des retours d'expérience entre structures.

Les outils du kit :

- Formulaire de signalement des anomalies liées à l'identité
- MEM 01 - Signalement et gestion des événements indésirables relatifs à l'identification des usagers publié par le Réseau des référents régionaux en identitovigilance (3RIV).

Liste des actions à mener

1. Prendre connaissance du cadre réglementaire :

- ☐ Référentiel Identité Nationale de Santé (INS)
- ☐ Référentiel National d'identitovigilance (RNIV) :
  - ☐ Volet 0 - "Points essentiels"
  - ☐ Volet 1 - Principes communs
  - ☐ Volet 3 - "Structures non hospitalières"

La documentation est accessible sur le site de l'ANS :
https://esante.gouv.fr/offres-services/referentiel-ins

2. Réaliser un état des lieux de la gestion des identités au sein de la structure :

- ☐ Recenser les lieux où s'effectue l'identification des usagers, ainsi que les acteurs impliqués
- ☐ Mettre à jour la documentation : politique d'identification de l'usager, charte d'identitovigilance, procédure de création des identités, procédure de contrôle des identités, fiche de signalement, …

3. Contacter le référent régional INS et identitovigilance, si vous avez des questions

Liste des référents régionaux : https://esante.gouv.fr/offres-services/referentiel-ins/professionnel-du-medico-social

4. Elaborer un plan d'actions :

- ☐ Mettre en place une instance de gouvernance
- ☐ Diffuser les bonnes pratiques d'identification de l'usager
- ☐ Former et sensibiliser l'ensemble des acteurs de l'établissement
- ☐ *à compléter en fonction de l'organisation :*

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

5. Mener des actions de communication :

☐ Informer l'ensemble des acteurs de l'établissement - ex : affiche, newsletter interne, …

☐ Informer les usagers - ex : affiche, livret d'accueil, dépliant, …

Consulter les fiches pratiques du 3RIV :
https://resana.numerique.gouv.fr/public/information/

6. Piloter la mise en œuvre de l'identitovigilance :

☐ Suivre l'avancement du plan d'actions

☐ Suivre des indicateurs

Quelques exemples :

- taux de doublons
- taux de collisions
- taux d'identités provisoires
- taux d'identités validées
- taux d'identités récupérées
- taux d'identités qualifiées
- taux de professionnels formés

7. Gérer les problèmes liés aux actions d'identification :

☐ Traiter les signalements d'événement indésirable en lien avec l'identitovigilance

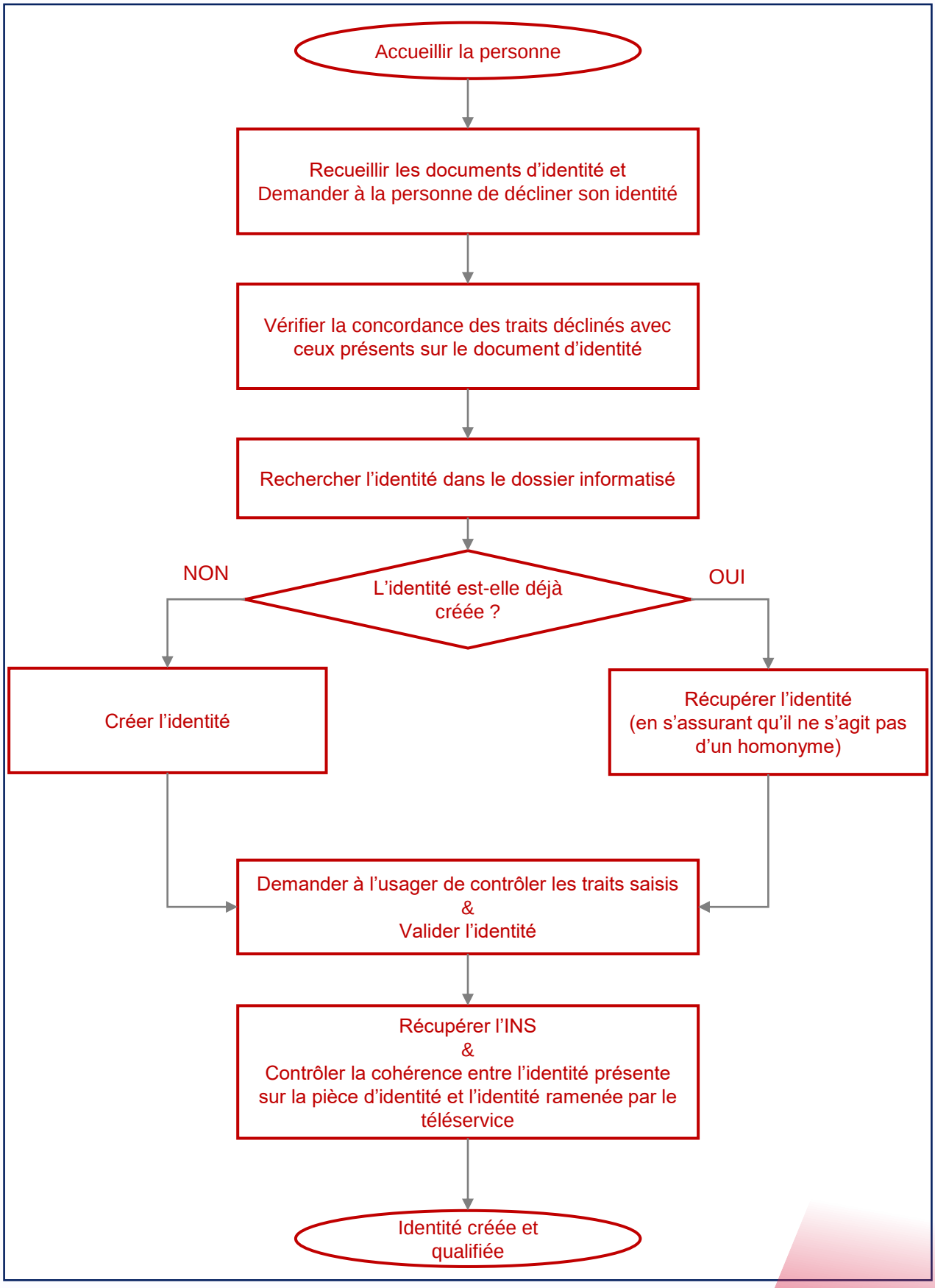
☐ Identifier les erreurs d'identification

☐ Mettre en place des barrières pour éviter les erreurs

☐ Diffuser les retours d'expérience

☐ Promouvoir les bonnes pratiques

Logigramme pour l'identification primaire



Focus les outils du kit

- Fiche de poste du référent identitovigilance (modèle)
- Lettre de nomination du référent identitovigilance (modèle)
- Matrice RACI (répartition des rôles dans le déploiement de l'identitovigilance)
- Logigramme Processus d'identification primaire et bonnes pratiques
- Charte d'identitovigilance (modèle)
- Ressources pour la sensibilisation et la formation à l'identitovigilance
- Formulaire de signalement des anomalies d'identitovigilance (modèle)