

Identification du patient

Synthèse de l'étude [10]

Version 1.1

Copyright GMSIH 2002

Auteur(s) du document :	Contrôle qualité
GMSIH	Date : 04/04/02 Statut : Validé

Date	Version	Commentaires	Statut
04/04/02	1	Publication	Validé
04/10/02	2	Prise en compte des remarques des établissements de santé	

Sommaire

Résumé	4
Guide de lecture	5
Références	6
1. Introduction	7
2. Le contexte de l'identification du patient	8
2.1. Les enjeux de l'identification du patient.....	8
2.2. L'identification du patient doit être organisée.	9
3. Les principes d'identification du patient	10
3.1. Domaine d'identification et domaine de rapprochement.....	10
3.1.1. Le domaine d'identification :	10
3.1.2. Le domaine de rapprochement :	10
3.2. Définition d'une méthode.....	11
4. Les politiques d'identification et de rapprochement	12
4.1. La politique d'identification.....	12
4.2. La politique de rapprochement	13
5. Les applications des résultats de l'étude	14
5.1. Utilisation d'un identifiant unique.....	14
5.1.1. Utilisation du NIR comme identifiant national unique de santé :.....	14
5.1.2. Utilisation d'un IPS	15
5.2. Les identifiants multiples	15
5.2.1. Principes d'échange	15
5.2.2. Mise en œuvre opérationnelle	16
5.3. L'intégration de la carte Vitale	16
6. Les perspectives	18
Remerciements	19

Résumé

L'identification du patient est un des thèmes majeurs traités par le GMSIH dans la première phase de ses travaux relatifs à la définition et la spécification de l'infrastructure de SIH ouverts. La définition de cette infrastructure est un préalable indispensable à l'informatisation des unités de soins, notamment pour assurer la continuité de la prise en charge des patients et pour la coopération entre les professionnels de santé (mise en place de réseaux, par exemple).

Outre l'impératif d'urgence dicté par le développement rapide du marché logiciel, par le risque d'erreur médicale associé à une mauvaise identification du patient et par l'évolution de la réglementation (loi sur les droits des malades), la prise en compte de l'existant en matière d'identification dans les systèmes d'information a conduit à concevoir et à définir une solution pragmatique. Cette solution est notamment capable d'utiliser aussi bien des identifiants de type « unique » (européen, national...) que des rapprochements d'identifiants différents tel qu'ils existent à ce jour dans les organisations de santé.

Deux volets sont traités dans cette étude :

- (1) le volet identification proprement dite où, dans un *domaine d'identification*, des informations "utiles" référencées par l'identité du patient sont saisies, traitées, stockées et restituées. Il s'agit dans ce volet de préciser quelles informations (ou traits) seront communes pour identifier un patient même si les identifiants sont eux-mêmes différents.
- (2) le volet rapprochement de domaines d'identification où, dans un *domaine de rapprochement*, les identités du patient sont croisées, ce qui permet à des entités différentes prenant en charge successivement un même patient de communiquer entre elles. Dans ce cas un accord (charte de rapprochement) doit être établi entre ces entités.

Cette étude définit les concepts comme ceux de domaines, d'identité, de doublon, de collision (cf. le document sur les principes d'identification). Elle décrit aussi les différents scénarios d'organisation en fonction de l'existant dans chaque établissement de santé (guide de transition), ainsi que les procédures à mettre en œuvre (guide pour l'élaboration des politiques d'identification et de rapprochement).

Dans tous ces documents les infrastructures sont décrites dans leurs aspects organisationnels (instances et acteurs concernés, définition des responsabilités) et techniques. Sur ce dernier point, deux documents (services d'identification du patient, spécifications fonctionnelles générales et description détaillée) vont permettre aux responsables des systèmes d'information de rédiger leurs cahiers des charges et aux éditeurs de faire évoluer leurs logiciels.

Dans le cadre de la solution proposée, l'utilisation de la carte VITALE comme vecteur de diffusion d'une identité de référence, éventuellement porteuse à moyen terme d'un identifiant national, a été étudiée.

Tous ces documents ont été élaborés grâce à la contribution intensive d'utilisateurs adhérents au GMSIH, en concertation avec les instances de l'Afnor et de groupes de travail émanant d'instances professionnelles.

Guide de lecture

Cette étude se compose de dix documents (cf. les Références page suivante) :

- Synthèse de l'étude sur l'identification du patient : ce document décrit en deux pages (pour les lecteurs pressés) ou en une vingtaine de pages (pour les lecteurs moins pressés) les objectifs et les résultats de l'étude. Il est destiné aux professionnels de santé non-spécialistes du sujet.
- Principes d'identification du Patient (Tome 1) et (Tome 2) : ces deux documents définissent les concepts manipulés par cette étude et fixent les principes théoriques des scénarios d'organisation à mettre en place pour parvenir à une identification fiable des patients. Ils sont destinés aux spécialistes des systèmes d'information (DSIO, DIM, consultants, informaticiens).
- Guide de transition; Guide pour l'élaboration des politiques d'identification et de rapprochement, (Annexe 1 : charte d'identification) et (Annexe 2 : charte de rapprochement) : ces quatre documents définissent la méthode à dérouler pour mettre en place une organisation adaptée à chacune des situations rencontrées dans les établissements de santé ; ce sont aussi des outils d'aide à l'élaboration des procédures accompagnant toute organisation. Ils sont destinés aux responsables des systèmes d'information ainsi qu'aux responsables de l'organisation.
- Services d'identification du patient (Tome 1) et (Tome 2) : ces deux documents sont surtout utiles aux techniciens et aux éditeurs afin que les uns puissent bâtir leur cahier des charges et les autres puissent faire évoluer les logiciels destinés à prendre en charge ces nouvelles organisations.
- Carte Vitale – Etat des lieux et perspectives : ce dernier document explique comment la carte Vitale pourrait s'intégrer dans les systèmes d'information.

Avant de décrire de façon synthétique le contenu de cette étude, il est bon de rappeler que ses préalables ont été les suivants :

- Nécessité de s'appuyer sur la normalisation existante dans ce domaine ;
- Capitaliser toutes les expériences ou les études antérieures menées sur le sujet de l'identification du patient afin d'en retenir tout ce qui est possible ;
- Tenter de réformer l'existant plutôt que de créer un nouveau système.

Fort de ces préalables, et tout en s'appuyant sur la normalisation internationale, européenne et française, cette étude a analysé en détail les deux groupes de solutions d'identifications existantes à ce jour :

- Les solutions à base d'identification unique ;
- Les solutions à base d'identifiants multiples nécessitant que les différentes organisations à l'origine de ces identifications passent des accords entre elles.

Références

Le GMSIH a produit les références suivantes relatives à l'identification du patient :

- [1] Principes d'identification du Patient. Tome 1 : Domaine d'identification et Domaine de rapprochement. Si11PPE1V1
- [2] Principes d'identification du Patient. Tome 2 : Modèles de rapprochement. Si11PPE2V1
- [3] Guide pour l'élaboration des politiques d'identification et de rapprochement. Si11POL1V1
- [4] Guide pour l'élaboration des politiques d'identification et de rapprochement. Annexe 1 : charte d'identification. Si11POL2V1
- [5] Guide pour l'élaboration des politiques d'identification et de rapprochement. Annexe 2 : charte de rapprochement. Si11POL3V1
- [6] Services d'identification du patient. Tome 1 : spécifications fonctionnelles générales des services. In12SPEV1
- [7] Services d'identification du patient. Tome 2 : Description détaillée des services d'identification et de rapprochement : In12SERV1
- [8] Carte Vitale – Etat des lieux et perspectives : Si11VITV1
- [9] Guide de transition. TRANV1
- [10] Synthèse de l'étude sur l'identification du patient. SYNTV1

1. Introduction

Cette étude sur l'identification des patients a été réalisée par le GMSIH¹ dans le cadre de ses missions de modernisation du système d'information hospitalier. Conformément à sa stratégie le GMSIH a concentré l'essentiel de son travail sur les sujets communs à tous les systèmes d'information hospitaliers de préférence à des études particulières. Le produit de cette étude est présenté ci-dessous sous la forme de spécifications générales devant aider les établissements dans leur démarche de modernisation des systèmes d'information.

L'étude s'est fortement inspirée de concepts et de solutions déjà existants et destinés notamment à résoudre le problème d'une identification fiable du patient dans le cadre de la communication entre systèmes d'information existants. Elle a pour objectif de présenter aux établissements de façon structurée plusieurs scénarios d'organisation qui peuvent être adaptés en fonction des problématiques propres à chacun. Elle a aussi l'ambition de standardiser les pratiques et les méthodes d'identification des patients.

Grâce à cet effort de standardisation, tous les professionnels des systèmes d'information des établissements de santé pourront utiliser le même langage en faisant progresser ensemble la qualité de leurs systèmes d'information. Les réalisations seront ainsi mieux partagées par les établissements, et, à partir des échanges d'expériences, les principes et les recommandations contenus dans ces documents pourront évoluer en profitant du contexte des mises en œuvre effectives.

La portée de la solution proposée est générale. Aussi, le document présent a pour ambition d'être un document de travail utile aux établissements de santé et aux organisations du système de santé n'appartenant pas au monde hospitalier. Dans un cadre de futurs travaux communs, il pourra encore évoluer et devenir représentatif des modes d'organisation de toutes les structures de santé accueillant des patients. Dans l'intérêt de ces patients c'est le succès que nous lui souhaitons.

¹ Groupement pour la Modernisation du Système d'Information Hospitalier créé en mars 2000 pour une durée de cinq ans.

2. Le contexte de l'identification du patient

2.1. Les enjeux de l'identification du patient

Quel que soit le secteur économique dans lequel elles opèrent, les entreprises doivent relever le défi de l'amélioration de la qualité de leurs processus tout en maintenant ou accroissant leur productivité. Dans le secteur particulier de la santé, la recherche de la qualité des soins prodigués au patient et donc des processus qui y sont liés est plus que jamais un impératif absolu.

Parmi les bonnes pratiques qui permettent d'atteindre ces objectifs, celles relatives à l'identification des patients sont les premières à mettre en œuvre. L'identification fiable du patient est certainement le thème de l'infrastructure du système de santé qui suscite le plus d'intérêt et qui produit le plus d'interrogations parmi les professionnels quant à son application à l'intérieur des établissements ou dans les réseaux de soins.

Pour répondre à cette attente, l'ensemble des systèmes d'information qui composent le système de santé (établissements de santé, médecine libérale, réseaux de soins, etc..) doivent disposer d'une infrastructure qui leur permette de considérer chaque patient, identifié différemment dans les organisations, comme une personne unique. Ainsi il sera possible de relier toutes les données relatives à cette personne même si elles sont dispersées dans le temps et dans l'espace.

A côté de cette recherche de la qualité, les évolutions du système de santé constituent d'autres enjeux pour l'identification du patient :

- L'évolution de la médecine conduit à une prise en charge des patients de plus en plus précoce, se prolongeant de plus en plus longtemps et faisant intervenir des prestataires de plus en plus nombreux et de plus en plus spécialisés. De nouvelles structures de soins apparaissent dont l'objectif est d'assurer la continuité des soins pour la prise en charge de pathologies particulières ou pour proposer une réponse globale dans le cas de réseaux ville-hôpital ;
- Les patients deviennent de plus en plus exigeants en ce qui concerne les services attendus du système de santé. Les problèmes liés à l'amiante, à la transfusion sanguine (hépatite C, VIH, etc..), aux risques industriels (sites dits de type Seveso) nécessitent de plus en plus un suivi tout au long de la vie du « cursus de santé » du citoyen, que les données correspondantes aient été produites par la médecine de travail, par le médecin traitant ou par un établissement de santé ;
- La loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé² précise que « toute personne a accès à l'ensemble des

² Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 parue au JO n° 54 des lundi 4 et mardi 5 mars 2002, pages 4118 à 4159.

informations concernant sa santé détenues par des professionnels et établissements de santé... » Le délai accordé pour fournir ces informations devrait se situer entre 2 et 8 jours. Pour les associations de patient trois revendications sont à ce jour exprimées :

- accès à la totalité du dossier du patient seulement par le médecin en charge du patient,
- le patient doit pouvoir suivre la gestion de son dossier et notamment son utilisation,
- tout organisme en charge du dossier du patient doit pouvoir garantir à ce patient la sécurité absolue des données.

Ces éléments situent bien le contexte qui s'impose aux établissements de santé qui doivent donc travailler :

- à relier entre elles les données concernant un patient quels que soient le lieu et la date où ces données ont été créées ;
- à favoriser la communication des professionnels de santé entre eux pour une meilleure évaluation de l'état de santé des personnes ;
- à sécuriser ces données de santé et à veiller à un accès contrôlé de ces données ;
- à tracer toutes les actions accomplies sur le dossier du patient.

L'identification est donc un préalable aux échanges entre organisations de santé et à la modernisation du système d'information de santé.

2.2. L'identification du patient doit être organisée.

Une analyse de l'existant de l'identification du patient réalisée par le GMSIH d'avril à juillet 2001 auprès d'un échantillon de 160 établissements de santé fait ressortir les points suivants :

- Il existe en général dans les établissements de santé autant d'identifications de patient que d'épisodes dans son parcours de soins ;
- Il est d'autant plus difficile de réunir l'ensemble des informations de santé relatives à un même patient qu'elles sont « dispersées » dans des logiciels différents peu compatibles les uns avec les autres ;
- Faute de systèmes de contrôles et de suivis appropriés dans chacun de ces logiciels, ils peuvent contenir plusieurs identités pour une même personne physique : ce sont les doublons ;
- Dans certains cas, deux personnes physiques sont confondues sous la même identité : ce sont les collisions.

Fort de ces constats, il apparaît opportun de proposer des recommandations afin d'améliorer la qualité de l'identification au sein des organisations de santé et de permettre le partage d'identités de patients entre organisations de santé.

3. Les principes d'identification du patient

Les travaux du GMSIH ont consisté d'abord à inventorier les principes et l'architecture des systèmes d'identification, ensuite à tracer le contour de l'infrastructure nécessaire à la mise en œuvre des processus d'identification et enfin, à spécifier les services d'identification et de rapprochement.

Il est entendu que les résultats obtenus sont applicables indifféremment dans le cas d'une utilisation éventuelle d'un identifiant unique de patient, comme dans le cas de rapprochement d'identifiants multiples.

3.1. Domaine d'identification et domaine de rapprochement

3.1.1. Le domaine d'identification :

Il regroupe au sein d'une organisation de santé toutes les applications qui utilisent le même identifiant pour désigner un patient.

Exemple 1 : un cabinet médical disposant d'un mode unique d'identification de ses patients est considéré comme un domaine d'identification.

Exemple 2 : un établissement de santé dont tous les logiciels utilisent le même identifiant est un domaine d'identification.

3.1.2. Le domaine de rapprochement :

Il rassemble au moins deux domaines d'identification qui échangent des informations entre eux. On distingue les domaines de rapprochements intra établissement et extra établissement.

Exemple 3 : un établissement de santé disposant d'un Identifiant Permanent du Patient (IPP) et dont une partie des logiciels utilise un identifiant et une autre partie des logiciels un autre identifiant est un domaine de rapprochement. En effet, dans cet exemple, il existe deux groupes de logiciels et chaque groupe utilise un identifiant qui lui est propre. Chaque groupe constitue donc un domaine d'identification différent. L'établissement dispose également d'un IPP qui lui permet d'échanger des informations entre les deux domaines d'identification. Ce domaine de rapprochement est un domaine de rapprochement intra établissement.

Les exemples 1 et 2 utilisés précédemment ne constituent pas un domaine de rapprochement mais sont chacun des domaines d'identification. Si ces deux domaines d'identification que sont le cabinet médical de l'exemple 1 et l'établissement de l'exemple 2 décident d'échanger des informations sur leurs patients communs, ils constituent alors un domaine de rapprochement. Ce domaine de

rapprochement est un domaine de rapprochement extra établissement.

Compte tenu des différences d'organisation pouvant exister entre domaines d'identification, leur réunion au sein d'un domaine de rapprochement ne peut se faire sans méthode.

3.2. Définition d'une méthode

La première étape à mener pour un établissement de santé qui désirerait échanger des informations sur ses patients avec d'autres établissements de santé, est de réaliser un état des lieux de son système d'identification en recensant notamment les différents domaines d'identification qui le composent .

La seconde étape est de mettre en place les instances chargées de prendre en charge la nouvelle organisation destinée à gérer tous les problèmes liés à l'identification. Une première instance, maîtrise d'ouvrage, est ainsi en charge de l'élaboration et de l'évaluation de la politique d'identification au sein du domaine d'identification. L'autre instance, maîtrise d'œuvre, est en charge de la mise en œuvre au quotidien de cette politique.

Ces instances peuvent prendre des formes variées selon les organisations (création de nouvelles structures ou extension du rôle de structures déjà existantes). L'essentiel étant le respect de la séparation des missions entre l'élaboration et l'évaluation d'une part et la mise en œuvre d'autre part.

La constitution de domaines de rapprochement peut se faire sous l'impulsion d'une autorité administrative, d'un pôle structurant l'activité de production de soins, de réseaux, de regroupements de professionnels de santé...

Le domaine de rapprochement découle de la volonté commune d'établissements de partager des informations. Les établissements choisissent librement d'adhérer à un domaine de rapprochement.

L'ensemble des orientations nécessaires au fonctionnement d'un domaine d'identification et d'un domaine de rapprochement sont définies dans le cadre des politiques d'identification et de rapprochement.

4. Les politiques d'identification et de rapprochement

Lorsque des organisations de santé souhaitent mettre en place un domaine d'identification ou un domaine de rapprochement, elles doivent déterminer les orientations qui leur semblent les mieux adaptées en fonction de l'environnement, des pratiques en terme d'identification, de leurs moyens et de la finalité des échanges concernés.

Chaque organisation de santé doit donc définir une politique d'identification. Lorsque plusieurs organisations de santé se regroupent pour former un domaine de rapprochement, elles définissent une politique de rapprochement.

Les politiques d'identification et de rapprochement sont contenues dans des « chartes » d'identification et de rapprochements dont un canevas est proposé dans le cadre du guide pour l'élaboration des politiques d'identification et de rapprochement [3].

4.1. La politique d'identification

Chaque établissement définit une politique d'identification qui lui est propre. L'élaboration de la charte est placée sous la responsabilité d'une instance nommée Autorité de Gestion de l'Identification (AGI). L'AGI est constituée des représentants de la direction de l'établissement, de la Direction des systèmes d'information, du Médecin du DIM et de représentants des différents services de l'établissement.

Cette politique d'identification s'applique à l'ensemble des domaines d'identification faisant éventuellement partie de l'organisation de santé.

La charte d'identification contient l'ensemble des éléments organisationnels et techniques nécessaires pour appréhender l'identification au sein d'une organisation de santé. Elle constitue un préalable indispensable à la participation à un domaine de rapprochement.

La charte d'identification détaille les éléments suivants :

1. La description du périmètre de l'établissement (les structures, les applications informatiques et les personnels concernés) ;
2. Les instances en charge de l'identification (leur mission, leur mode de fonctionnement) ;
3. Le mode d'échange d'informations entre les différentes applications informatiques concernées ;
4. L'identification (format, composition...) ;
5. Les processus internes d'identification (règles de gestion) ;
6. La sécurité ;
7. Les critères d'analyse de la qualité du système ;
8. Les moyens techniques utilisés.

La politique d'identification définie par l'AGI est mise en œuvre par l'ensemble des personnels concernés au sein de l'établissement.

Une cellule d'identité vigilance (CIV) est créée pour aider à la mise en œuvre opérationnelle de la politique d'identification. Cette CIV constitue le support opérationnel des services concernés par l'identification. En cas de problème d'identification, elle détermine les actions correctrices à conduire. Elle rapporte à l'AGI les éléments permettant de vérifier la bonne application de la politique d'identification.

4.2. La politique de rapprochement

Chaque domaine de rapprochement élabore une politique de rapprochement qui lui est propre. L'adhésion à un domaine de rapprochement est volontaire.

Cette politique s'applique à l'ensemble des organisations de santé qui adhèrent au domaine de rapprochement. Elle définit les responsabilités et les règles d'échanges d'informations entre chacune de ces organisations.

La rédaction de la charte de rapprochement est placée sous la responsabilité d'une instance nommée Autorité de Gestion des Rapprochements (AGR). Cette instance a en charge l'élaboration de la politique de rapprochement.

La charte de rapprochement reprend les mêmes éléments que la charte d'identification mais pour le niveau du domaine de rapprochement. Elle détaille les éléments suivants :

1. La description du périmètre du domaine de rapprochement (les établissements concernés) ;
2. Les instances en charge du rapprochement (leur mission, leur mode de fonctionnement) ;
3. Le mode d'échange d'informations au sein du domaine de rapprochement ;
4. L'identification (format, composition...) ;
5. Les processus de rapprochement (règles de gestion) ;
6. La sécurité ;
7. Les critères d'analyse de la qualité du système ;
8. Les moyens techniques utilisés.

La politique définie par l'AGR est mise en œuvre par l'ensemble des personnels des établissements concernés par le rapprochement.

Une cellule d'identité vigilance du domaine de rapprochement (CIVR) est créée pour aider à la mise en œuvre de la politique de rapprochement. Elle assiste les domaines d'identification pour la mise en œuvre de l'ensemble des services de rapprochement et le suivi des rapprochements.

5. Les applications des résultats de l'étude

5.1. Utilisation d'un identifiant unique

L'utilisation d'un identifiant unique apparaît, à première vue, comme la SOLUTION pour identifier de manière fiable un patient. Cette solution pourrait paraître d'autant plus simple qu'il existe déjà un mode d'identification d'une grande partie de la population française, il s'agit du Numéro d'Inscription au Répertoire (NIR) National d'Identification des Personnes Physiques (RNIPP).

Ce numéro est d'ailleurs déjà utilisé à des fins différentes par trois grandes entités juridiques :

- L'INSEE : à des fins statistiques concernant la population française. C'est elle qui est chargé de le créer ;
- La CNAM : pour définir les droits à prestations sanitaires et sociales d'une grande partie de cette population. Il s'agit du numéro d'identification sociale ;
- Le ministère des finances : à des fins de contrôle de la population travaillant ou vivant en France et soumise à sa fiscalité.

On pourrait imaginer qu'une quatrième entité se met en place pour utiliser ce numéro à des fins sanitaires à destination de toute la population vivant en France ou de passage en France et utilisatrice du système de santé. Le législateur s'est cependant déjà prononcé à ce sujet et il a d'autre part institué un organisme, la CNIL, chargée notamment de veiller à la bonne application de toute la législation en la matière. Des associations de citoyens se sont aussi mises en place pour veiller à ce que les droits individuels des personnes soient protégés.

Outre ces préalables concernant ce mode d'identification déjà envisagé dans d'autres pays comme la Suède, le Danemark ou la Grande Bretagne, cette étude a évalué les contraintes d'organisation et techniques qui pèsent sur son utilisation. Deux pistes ont été étudiées : l'utilisation du NIR et l'utilisation d'un nouvel identifiant national unique (l'Identifiant Permanent de Santé), dont la définition et l'utilisation seraient limitées à la sphère de la santé.

5.1.1. Utilisation du NIR³ comme identifiant national unique de santé :

Quelques contraintes pèsent aujourd'hui sur l'utilisation de ce numéro qu'il soit fourni directement par l'INSEE ou qu'il le soit par la

³ L'utilisation du NIR a été étendue aux professionnels et aux établissements de santé par le décret du 12 septembre 1996, mais uniquement dans le cadre de la gestion administrative du patient et de la facturation et pour les seuls traitements que les professionnels et les établissements de santé effectuent avec les organismes de protection sociale. L'utilisation du NIR a toutefois été étendue au Ministère des finances par la loi de finances de 1999.

CNAM. D'une part, et comme nous l'avons vu précédemment, l'utilisation du NIR est restreinte par la loi et d'autre part la couverture de la population utilisant le numéro de sécurité sociale est limitée aux seuls assurés de l'assurance maladie.

Cette étude détaille pourquoi l'utilisation d'un numéro unique nécessite de lever la contrainte juridique qui pèse sur le NIR ou d'étendre la couverture du numéro de sécurité sociale à la population la plus large possible. Compte tenu de ces éléments, et dans l'attente d'éventuelles évolutions, l'utilisation de ces numéros comme identifiant opérationnel ou de rapprochement ne nous paraît pas devoir être privilégiée du moins à court terme.

5.1.2. Utilisation d'un IPS

La solution construite sur un Identifiant Permanent de Santé (IPS) créé lors de la première entrée du patient dans le système de santé et utilisé par la suite au cours de ses contacts ultérieurs est une autre solution d'identifiant unique. Cependant, comme pour le NIR, elle requiert une modification importante des processus d'identification et des équipements en place dans les établissements. D'autre part la mise en place d'un IPS nécessite de déterminer quelle structure est en charge de la gestion de l'IPS au niveau national.

En outre, l'utilisation d'un IPS ne permet pas de faire l'économie d'une solution de rapprochement d'identifiants locaux avec l'IPS pour tenir compte de toutes les situations où l'identifiant national n'est pas accessible.

L'utilisation d'un identifiant unique (national ou supra national) est une solution qui ne paraît donc pas envisageable à court terme.

5.2. Les identifiants multiples

La majorité des établissements de santé utilisent des identifiants multiples pour assurer le suivi de leurs patients. Cette étude prend en compte cette réalité pour proposer des solutions d'organisation qui, malgré cette diversité, garantissent le suivi des patients. Ces solutions sont compatibles avec la mise en place éventuelle au niveau national d'un identifiant unique.

Elles supposent aussi que chaque établissement de santé ait mis en place un système d'Identifiant Permanent unique du Patient (IPP) pour chacun des patients admis.

5.2.1. Principes d'échange

Pour assurer l'interopérabilité des différentes identifications du patient à l'intérieur des établissements de santé, entre

établissements et au sein du système d'information de santé, l'étude propose deux types d'échanges :

- Dans le premier cas, les échanges entre établissements sont réalisés dans le cadre de relations bilatérales⁴ entre établissements ;
- Dans le second cas, les échanges entre établissements sont réalisés par l'intermédiaire d'un tiers⁵ (ou une infrastructure de rapprochement).

5.2.2. Mise en œuvre opérationnelle

Chacun de ces deux types d'échange peut être mis en œuvre de deux manières :

- Les échanges entre établissement peuvent être réalisés en utilisant uniquement les identifiants déjà existants ;
- Les établissements disposent de la possibilité de créer un identifiant commun appelé identifiant de fédération⁶ permettant de fiabiliser le processus de rapprochement.

La répartition des responsabilités, la structuration de l'organisation et des moyens à mettre en œuvre pour réaliser le rapprochement diffèrent selon les établissements concernés et le mode d'organisation des échanges.

5.3. L'intégration de la carte Vitale

Les solutions envisagées dans cette étude peuvent aussi s'appuyer sur la carte Vitale en tant que support de l'identification en plus de sa fonction actuelle de vérification des droits de l'assuré. Mais pour que cela soit possible il faut que l'utilisation de cette carte évolue.

Deux scénarios d'utilisation sont possibles :

- A court terme, la carte Vitale serait un support pour le stockage et la diffusion des informations permettant d'identifier un patient⁷. Aujourd'hui, les éléments permettant de caractériser un patient ne sont pas tous présents sur les cartes Vitales 1 et 1bis. La carte Vitale 1 ter, en cours de développement, offre plus de possibilités, mais il lui manque encore quelques fonctionnalités pour qu'elle

⁴ Ce principe est appelé rapprochement de gré à gré.

⁵ Ce principe est appelé rapprochement hiérarchique.

⁶ Cet identifiant n'est utilisé que pour le rapprochement.

⁷ Ces éléments sont appelés les traits du patient. Ils permettent de caractériser un individu. Trois types de traits ont été définis : les traits stricts qui sont nécessaires à l'identification mais pas toujours suffisants, les traits étendus et les traits complémentaires qui améliorent l'identification d'un patient.

puisse servir de support fiable à l'identification du patient ; ainsi en est-il du nom de famille, du nom marital, de l'adresse administrative et du sexe.

Cette solution permettrait d'harmoniser les informations relatives à l'identité des patients en diffusant une identité identique au sein des différents référentiels existants (établissement de santé, CNAM-TS, cabinet de ville...).

- A long terme, elle pourrait être le support pour un éventuel identifiant unique.

Mais les évolutions, à court terme et à long terme, nécessitent aussi une extension du champ de la population couverte par la carte à tous les bénéficiaires de soins notamment aux étrangers et aux nouveau-nés. A ce jour, la totalité de la population ayant accès aux soins ne possède pas de carte Vitale.

6. Les perspectives

Cette étude a donc défini les règles à appliquer, l'organisation à mettre en œuvre et les spécifications à implémenter dans les cahiers des charges et les logiciels pour parvenir à une identification fiable du patient permettant d'échanger des informations entre établissements.

Au cours de l'année 2002, le GMSIH va mettre en place une série de formations destinées à faciliter l'appropriation par les établissements et les éditeurs des recommandations proposées.

En parallèle, le GMSIH va proposer aux établissements de santé une méthodologie et des outils de conduite du changement directement utilisables dans le cadre des projets traitant de l'identification du patient.

Au-delà de ces actions de conduite du changement, à partir de l'automne 2002, le GMSIH accompagnera un certain nombre de sites pilotes dans la mise en œuvre opérationnelle de ces recommandations.

Ces actions pilotes permettront d'affiner les recommandations proposées, en particulier sur les aspects liés à l'implémentation technique, à la conduite du changement ainsi qu'à l'évaluation financière d'un projet traitant de l'identification du patient.

Remerciements

Le GMSIH remercie toutes les personnes qui ont participé à la réalisation de cette étude et plus particulièrement les membres des groupes de travail (par ordre alphabétique) :

Madame Florence AUZANNEAU , Centre Hospitalier St Joseph et St Luc à LYON

Monsieur Bernard-François BADELON, CRRF Le Normandy à GRANVILLE

Monsieur Denis BERTHELON, Fondation Hôtel Dieu à LE CREUSOT

Monsieur Alain COUROUGE, Centre Hospitalier Universitaire de LILLE

Monsieur Christian ELOY, Clinique La Chesnaie à CHAILLES

Monsieur Christian PENNAFORTE, Centre Hospitalier Universitaire de REIMS

Monsieur Philippe PERRIN, Hospices Civils de COLMAR

Monsieur Jacques PONTOU, Assistance Publics des Hôpitaux de PARIS

Madame la Professeur Catherine QUANTIN, Centre Hospitalier Universitaire de DIJON

Monsieur Xavier REBECHE, Polyclinique Saint Roch à MONTPELLIER

Madame Josiane SALIN, Centre Hospitalier Universitaire d'ANGERS

Madame Annick SANDEAU, Centre Hospitalier Universitaire de BORDEAUX

Monsieur Christian VIRAUD, Clinique mutualiste Eugène André à LYON

Mais aussi :

Monsieur Bruno AUBLET-CUVELIER, Centre Hospitalier Universitaire de CLERMONT-FERRAND

Monsieur Olivier BOUX, Centre Hospitalier Universitaire de STRASBOURG

Monsieur Racan PALJIC, Ministère de la Santé (DHOS)

Monsieur Najka RAZAFINDRAMANANA, CNAM

Monsieur Hiep VU THANH, Ministère de la Santé (DHOS)

Ainsi que tous les membres de l'Assemblée Générale, du Conseil d'Administration, du Conseil Technique et du Conseil Scientifique du GMSIH qui, par leurs différentes remarques lors des présentations au fur et à mesure de l'avancement du projet, nous ont permis d'affiner cette étude.