

**Recommandations
de bonne pratique pour
l'identification des victimes
en situation sanitaire
exceptionnelle**



LISTE DES CONTRIBUTEURS

- Médecin en Chef Sébastien BEAME, 10^{ème} Centre Médical des Armées Marseille
- Mr Jérémie Carré, DGS/VSS/CORRUSS
- Mme Laurence CHAMPION, Centre anticancéreux Antoine Lacassagne -Nice
- Mme Céline DESCAMPS, Cellule d'identitovigilance Nouvelle Aquitaine
- Dr Christine LECLERCQ, GRADeS Occitanie (e-santé Occitanie)
- Dr Isabelle MARECHAL, CHU Rouen
- Mme Laetitia MAZZONI, Centre cardio-thoracique (Principauté de Monaco)
- Mme Corinne MIGOT, Établissement Français du Sang (EFS)
- Mme Cherifa NIMAL, Hôpital Européen Marseille
- Mme Christelle NOZIERE, Cellule d'identitovigilance Nouvelle Aquitaine
- Dr Manuela OLIVER, GRADeS Provence Alpes Côte d'Azur (ieSS)
- M. Loïc PANISSE, GRADeS Occitanie (e-santé Occitanie)
- M. Bertrand PINEAU, GRADeS Ile de France (SESAN)
- Dr Bernard TABUTEAU, Cellule d'identitovigilance Nouvelle Aquitaine

SOMMAIRE

1	Introduction	1
1.1	Notion de situation sanitaire exceptionnelle (SSE)	1
1.2	Périmètre du mémento	1
1.3	Principes de l'identification des victimes en temps de crise	1
2	Les outils utilisés et leur finalité	2
2.1	SINUS	2
2.2	SI-VIC	3
3	Préparation des structures sanitaires au temps de crise	4
3.1	Planification	4
3.2	Acteurs hospitaliers impliqués dans l'identification en temps de crise	4
3.3	Organisation de l'enregistrement des victimes	5
4	Identification initiale en situation sanitaire exceptionnelle.....	6
4.1	Identification du patient dans le système d'information hospitalier	6
4.2	Identification du patient dans SI-VIC	7
5	Fiabilisation secondaire des identités	8
5.1	Identification des patients conscients	8
5.2	Focus sur l'identification des patients inconscients ou décédés à l'hôpital	8
5.3	Mise à jour des identités dans le système d'information	9
5.4	Mise à jour des identités dans SI-VIC	9
6	Transfert du patient	10
7	Entraînements, exercices, simulations	10
	Annexes	i
	Annexe 1 – Principe du suivi du parcours des victimes	i
	Annexe 2 – Gestion d'un évènement SI-VIC : les acteurs	i
	Annexe 3 : Écran SI-VIC de saisie des traits d'identités	ii
	Annexe 4 - Formulaire de recueil des informations d'identité	iii
	Annexe 5 - Tableau synoptique des actions à effectuer	iv
	Annexe 6 - Références	v
	Annexe 7 - Abréviations - Lexique	v
	Annexe 8 - Éléments clés d'identification lors d'un afflux massif de victimes	vi

1 Introduction

1.1 Notion de situation sanitaire exceptionnelle (SSE)

Lors d'événements graves et/ou inhabituels, la réponse sanitaire doit permettre d'optimiser la prise en charge de l'ensemble des patients, qu'ils soient ou non directement impliqués par l'événement, afin de garantir la continuité et la qualité des soins.

L'organisation de la prise en charge des personnes affectées par l'événement repose sur :

- la mise en œuvre de plans d'organisation préétablis, adaptés à la nature de l'événement (dispositif ORSEC¹, schéma ORSAN²...);
- la mobilisation des ressources nécessaires dans les structures concernées (plan blanc pour les établissements de santé, plan bleu pour les structures médico-sociales);
- l'emploi d'outils spécifiques d'identification des victimes et personnes impliquées (SINUS pour la sécurité civile, SI-VIC pour les structures sanitaires).

Ces dispositifs sont mis en œuvre à la demande des autorités en fonction de la situation de crise existante : rassemblement de foule, afflux massif de victimes, épisode épidémique de grande ampleur, hôpital sous-tension...

En santé, ces événements sont rassemblés sous le vocable de *situation sanitaire exceptionnelle* (SSE). Malgré des conditions souvent difficiles liées à l'état des victimes ou au manque de moyens, il importe plus que jamais d'assurer au mieux l'identification des personnes accueillies. Comme hors situation de crise, celle-ci reste un élément fondamental de sécurité et de continuité de la prise en charge sanitaire. Cette étape est également cruciale pour la gestion et la communication de crise par les autorités ; elle leur permet notamment d'informer rapidement les proches des victimes.

L'identification doit donc faire l'objet d'une attention toute particulière pour permettre :

- l'enregistrement dans le système d'information des personnes prises en charge;
- la fiabilisation des traits d'identité recueillis ;
- le partage de ces traits et des modifications apportées *a posteriori* avec les autres parties prenantes.

1.2 Périmètre du mémento

Ce mémento traite de l'identification des usagers lors d'évènement à cinétique rapide engendrant un **afflux immédiat imprévisible et massif de victimes dans un temps court** (ORSAN AMAVI³, ORSAN NRC⁴, ORSAN MEDICO-PSY⁵, REB⁶).

1.3 Principes de l'identification des victimes en temps de crise

Dans certaines situations, comme dans le cas d'un événement faisant de nombreuses victimes, il est demandé aux personnels de santé intervenant en préhospitalier (secouristes, SAMU, pompiers) d'utiliser des bracelets pour identifier les personnes prises en charge à l'aide d'un numéro identifiant unique pour chacune d'entre elles. Ce système, appelé SINUS et mis en œuvre par le ministère de l'intérieur est essentiellement employé dans un objectif de dénombrement et de traçabilité (cf. 2.1) sur le terrain.

À l'arrivée dans un établissement de santé, l'enregistrement du patient se fait sur un autre système, appelé SI-VIC, qui prend le relais pour les informations relatives à la prise en charge administrative en établissement de santé – y compris les cellules d'urgences médico-psychologiques (CUMP). Il permet

¹ Organisation de la Réponse de la Sécurité Civile

² Organisation SANitaire

³ Afflux MAssif de Vlctimes

⁴ Nucléaire Radiologique Chimique

⁵ Prise en charge médico-psychologique des patients victimes d'un événement grave

⁶ REB : Risque épidémiologique et biologique

de prendre en compte le numéro SINUS pour ceux qui ont été dotés d'un bracelet SINUS posé par les secours lors de la phase pré hospitalière ou d'en créer un si besoin (cf. 2.2). Sous certaines conditions⁷, les systèmes SINUS et SI-VIC peuvent s'interfacer et SI-VIC reçoit alors les informations saisies dans SINUS. Le schéma présenté en annexe 1 illustre le principe de l'identification des victimes.

2 Les outils utilisés et leur finalité

2.1 SINUS

Le *Système d'Information Numérique Standardisé* (SINUS) est un mode d'identification commun à l'ensemble des services intervenant en pré hospitalier (sapeurs-pompiers, police, SAMU...). Il permet de faire un suivi en temps réel des personnes impliquées et des victimes (bilans chiffrés, liste exhaustive des personnes prises en charge, localisation...) tout au long de la chaîne de prise en charge.

Le système SINUS repose sur :

- un lot de bracelets comportant chacun un identifiant unique lisibles sous forme de QR code et des stickers détachables destinés à être collés sur les documents ou dispositifs liés aux personnes dotées du bracelet ; l'identifiant unique comporte 21 caractères :
 - o 2 caractères sigle du pays : « FR » pour la France,
 - o 3 chiffres représentant le département (pour Paris = 750, pour Marseille = 130),
 - o 4 caractères sigle entité : « NOVI » pour la gestion d'une crise de type ORSEC-NOVI,
 - o 4 caractères : initialement prévu pour identifier l'année (compteur bloqué à « 0000 »),
 - o 2 caractères : « TR » pour terrain et « HP » pour établissement de santé ;
- un module de saisie (ordinateur ou tablette) sur le terrain appelé ARCSINUS (*Application de Recueil et de Coordination SINUS*) doté d'un lecteur de QR code ;
- une base de données, installée au centre de traitement de l'information du ministère de l'Intérieur vers laquelle sont transférées en temps réel toutes les informations concernant les personnes prises en charge.

Il peut être couplé à un système coloré de catégorisation de l'urgence.



Une première identité numérique, très incomplète, est associée à l'identifiant sur l'application ARCSINUS dès l'arrivée à un point d'accueil des victimes et impliqués (point de rassemblement des victimes, poste médical avancé, ...). Elle comprend :

- des données sur l'identité du patient (lorsque c'est possible) : nom (sans précision), prénom,

⁷ L'interfaçage est systématique lors de déclenchement du plan ORSEC NOVI

- date de naissance, âge, sexe, nationalité, adresse ;
- une information sur sa catégorisation (urgence absolue, urgence relative, impliqué, décédé) ;
- éventuellement, l'orientation hospitalière posée en pré hospitalier.

2.2 SI-VIC

Le *Système d'information pour le suivi des victimes* (SI-VIC) est destiné à identifier et effectuer le suivi des victimes d'attentats et de situations sanitaires exceptionnelles dans les établissements hospitaliers. Il s'inscrit, comme SINUS, dans une démarche interministérielle ayant pour objet de prendre en compte les patients depuis leur prise en charge initiale jusqu'au suivi des démarches administratives et judiciaires induites par la reconnaissance du statut de victime, en passant par la prise en charge hospitalière. Cet outil participe au pilotage opérationnel de la gestion et de la communication de crise et permet de :

- dénombrer les prises en charge en établissement de santé ;
- participer à l'identification des victimes inconscientes et décédées ;
- informer les familles et les proches, lorsqu'une cellule de réponse téléphonique est mise en place (CIAV/ C2IPAV ou CIP⁸) ;
- faciliter l'accompagnement des victimes dans d'éventuelles futures démarches.

L'évènement peut être ouvert par différents acteurs selon le contexte ou la cinétique de la crise.

La doctrine d'ouverture d'un évènement SI-VIC est définie comme suit :

1. L'évènement est ouvert par le SAMU territorialement compétent pour :
 - toute suspicion d'acte de terrorisme avec prise en charge de victimes, quel que soit le nombre de ces victimes ;
 - tout évènement entraînant l'activation du plan ORSEC NOVI ;
 - tout évènement majeur nécessitant la mise en œuvre du dispositif ORSAN (accident collectif majeur, catastrophe naturelle, accident industriel majeur, épidémies liées aux agents pathogènes les plus graves).
2. Par subsidiarité, l'ARS territorialement compétente peut ouvrir un évènement SI-VIC ainsi que la Direction Générale de la Santé.
3. Exceptionnellement, un évènement SI-VIC peut être ouvert dans le cadre de dispositifs prudentiels (manifestation de grande ampleur par exemple : coupe du monde...).

Seule l'ARS territorialement compétente ou la DGS peuvent ouvrir des évènements SI-VIC en prudentiel.

L'annexe 2 précise les rôles et responsabilités des acteurs dans la gestion d'un évènement SI-VIC

Une fois qu'un évènement SI-VIC est ouvert, les établissements hospitaliers sont avertis par courriel et l'alimentation de cette application doit être débutée le plus rapidement possible, sans pour autant retarder ou ralentir la prise en charge médicale de la victime.

Les données à caractère personnel traitées dans le cadre de SI-VIC sont les suivantes :

- données d'identification : nom de naissance et d'usage, prénom, date de naissance, sexe, nationalité, numéro SINUS, numéro du dossier hospitalier et du séjour, ville de naissance, pays de naissance, lieu de l'évènement⁹ ;
- caractéristiques de prise en charge hospitalière : date d'entrée, établissement de prise en charge, statut (décédé, hospitalisation en spécifiant si la personne est prise en charge dans une unité de soins critiques (Réanimation, soins intensifs), en hospitalisation conventionnelle ou en SSR, et retour à domicile, sans précision sur les pathologies ;

⁸ CIAV : Cellule Interministérielle d'Aide aux Victimes ; C2IPAV : Cellule Interministérielle d'Information du Public et d'Aide aux Victime ; CIP : Cellule d'Information du Public

⁹ L'outil SI-VIC est appelé à évoluer avec l'arrivée de l'identité INS. Ce mémento sera mis à jour lors de la mise à disposition de la version 3 de SI-VIC

- coordonnées (téléphone et courriel) de la victime et d'un proche ;
- historique des transferts entre établissements de santé.

L'annexe 3 présente un exemple d'écran SI-VIC de saisie des traits d'identités des victimes.

En situation sanitaire exceptionnelle, SI-VIC permet le partage d'informations au niveau régional et national. Après la saisie des données par les établissements de santé, les agences régionales de santé (ARS) accèdent à SI-VIC pour mettre en cohérence les données remontées par les établissements relevant de leur compétence et analyser la ventilation des patients dans la région. Dans les situations inter-régions, la direction générale de la santé (DGS)¹⁰ fait de même pour mettre en cohérence et analyser les données au niveau national et analyse la ventilation des patients dans le système de soins au niveau national. Lorsqu'elle est activée, la cellule interministérielle d'aide aux victimes (CIAV) accède à l'ensemble des données afin de contacter les proches des victimes ou de répondre à leurs demandes d'information.

SI-VIC est utilisé en phase aiguë de l'évènement mais également dans les suites en particulier par les CUMP¹¹.

3 Préparation des structures sanitaires au temps de crise

3.1 Planification

Le plan de réponse aux situations sanitaires exceptionnelles (blanc, bleu) doit être construit en équipe. Il est très important que tous les acteurs médicaux, paramédicaux et administratifs aient conscience de l'importance cruciale de l'identification de chaque victime lors de son enregistrement préalable dans le système d'information de santé hospitalier afin de garantir la sécurité et la traçabilité des soins.

Il est conseillé de penser l'organisation comme si le plan devait se déclencher à la période la moins favorable pour l'établissement du fait du nombre limité de professionnels sur place – nuit, jour férié, week-end – et de tenir compte des délais d'arrivée des renforts après déclenchement du plan (compter 30 minutes au minimum avant l'arrivée des premiers renforts).

C'est à cette étape que doivent être définis les outils permettant une meilleure prise en charge des victimes et notamment la création de dossiers fictifs utilisables en temps de crise (cf. 3.3.1 et 4.1).

3.2 Acteurs hospitaliers impliqués dans l'identification en temps de crise

3.2.1 Le référent en identitovigilance

Le référent en identitovigilance de la structure doit faire partie de la cellule de crise. Il est l'interlocuteur du directeur de l'établissement et de l'ARS de rattachement pour tout ce qui concerne l'identification des victimes (enregistrement initial, fiabilisation et validation des identités).

Il doit être sollicité dès la phase de planification afin de mettre en cohérence les procédures d'accueil en temps de crise avec l'organisation décrite dans le plan blanc :

- fiches réflexes des acteurs en charge de l'identification ;
- formation des acteurs en charge de l'identification et de la fiabilisation de l'identité ;
- organisation d'exercices ciblés sur l'identification du patient et des retours d'expérience...

3.2.2 La cellule d'identitovigilance de crise

Cette cellule a pour mission de fiabiliser l'identification du patient et de renseigner SI-VIC. Elle comprend le référent en identitovigilance de l'établissement et les personnels identifiés pour leurs

¹⁰ Ou la Direction Centrale du service de santé des armées (DCSSA) pour les hôpitaux militaires

¹¹ Cellules d'urgence médico-psychologique

compétences dans le domaine de l'identification primaire et formés à l'outil SI-VIC (secrétaires médicales, personnels administratifs...);

Ces acteurs sont identifiés sous les profils SI-VIC suivants :

- *opérateur administratif* : agent en charge de la saisie initiale sur SI-VIC ;
- *opérateur identitovigilance* : agent en charge de la fiabilisation de l'identité sur SI-VIC, de la validation des identités et de la réalisation éventuelle des fusions sur l'outil SI-VIC ;
- *gestionnaire ES* : agent gérant les comptes des opérateurs au niveau de l'établissement.

3.2.3 Les opérateurs identitovigilance SI-VIC

Ils sont en charge de la fiabilisation des identités sur SI-VIC et des opérations relevant du champs de l'identitovigilance. Ils doivent être spécialement formés et entraînés. Idéalement, il s'agit des personnels de la cellule opérationnelle d'identitovigilance de l'établissement

3.2.4 Les personnels en charge de l'accueil et de l'enregistrement des victimes

Les personnels en charge de l'accueil doivent être formés et maîtriser les outils et procédures. Le nombre doit être suffisant pour s'assurer qu'au moins un d'entre eux sera présent lors du déclenchement d'un plan blanc. Il s'agit des personnels assurant l'accueil du patient en temps normal.

3.3 Organisation de l'enregistrement des victimes

3.3.1 Dans le système d'information de santé local

L'identification ne doit pas ralentir la prise en charge, ni créer d'engorgement. Il est nécessaire de prévoir une priorisation des victimes à enregistrer, en fonction de l'urgence de leur prise en charge.

L'enregistrement doit être simple et rapide, en évitant les situations susceptibles de générer des doublons ou des collisions, notamment lors de l'utilisation d'identités fictives pour les victimes qui ne peuvent être formellement identifiées à leur arrivée ou lors de leur transfert inter établissements.

La création de dossiers en amont de la situation de crise, prêts à être utilisés en cas de déclenchement du plan blanc, permet de faciliter cette étape. Elle consiste à générer un certain nombre d'enregistrements (50 ou 100 selon la taille de l'établissement) avec des identités fictives dans le référentiel d'identités.

Pour limiter le risque de collisions inter établissements¹², chaque enregistrement est réalisé avec un « **nom de naissance** » unique et univoque.

Exemple 1 utilisant comme nom :

- le numéro de département (ex : 13 pour les Bouches du Rhône) ;
- le nom de l'établissement codé sur 3 ou 4 caractères (ex : MOU ou MOUT pour le CH Mouton) ;
- le code patient « plan blanc » avec une valeur d'incrémentation (ex : PB1, PB2, PB3...);

soit, pour le premier patient reçu au CH MOUTON : « 13MOUTPB1 ».

Dans cet exemple, seul le dernier caractère du nom permet de distinguer deux patients différents. Si les établissements sont équipés de lecteurs code barre et scannent l'identifiant du patient, le risque d'erreur de patient est limité. Cependant, si l'établissement n'est pas équipé de scannettes, le risque d'erreur de patient est plus important.

Exemple 2 utilisant comme nom :

- le code patient « plan blanc » précédé d'une valeur d'incrémentation en toute lettre (ex : UNPB, DEUXPB, TROISPB...);

¹² Lors d'un transfert inter établissement ou de l'envoi d'examen à un sous-traitant commun (EFS par exemple)

- le numéro de département (ex : 13 pour les Bouches du Rhône) ;
- le nom de l'établissement codé sur 3 ou 4 caractères (ex : MOU ou MOUT pour le CH Mouton) ;

soit, pour le premier patient reçu au CH MOUTON : « UNPB13MOUT ».

Dans cet exemple, le risque de se tromper de patient lors d'une saisie manuelle est moindre que dans l'exemple 1. Cette charte de nommage doit donc être privilégiée dans les établissements ne disposant pas de scannettes et recherchant les patients par saisie manuelle dans le système d'information.

Le prénom peut être l'identification du service accueillant le patient : ce qui permet de différencier les lieux d'accueil pour les établissements possédant plusieurs sites géographiques et/ou plusieurs points d'accueil des victimes.

La date de naissance peut être par exemple 01/01/1900.

Le sexe : masculin par défaut.

Le code commune de naissance : le code INSEE de la commune l'établissement ou 99999.

Remarques :

- si le système d'information n'autorise pas les caractères numériques, ils sont remplacés par des caractères alphabétiques ;
- des consignes de création des identités fictives en temps de crise peuvent également être définies au niveau régional pour identifier chaque établissement (les établissements peuvent se rapprocher du référent régional en identitovigilance ou de l'ARS pour connaître les consignes régionales).

Une procédure doit être formalisée pour préciser l'utilisation pratique de ces dossiers en cas de déclenchement du plan blanc (cf. 4.1).

3.3.2 *Dossiers ou pochettes pré-renseignés*

Il est conseillé de prévoir des dossiers ou des pochettes pré-identifiés qui peuvent contenir :

- une planche d'étiquettes ;
- un bon de prescription d'imagerie préétiqueté ;
- un bon de prescription de biologie médicale préétiqueté ;
- un bon de délivrance de produit sanguin labile préétiqueté ;
- tout autre document jugé utile à la prise en charge...

3.3.3 *Dans l'outil SI-VIC*

Il est rarement possible – du fait de la situation de tension – d'enregistrer les patients qui arrivent à la fois dans le système d'information hospitalier (SIH) et dans l'outil SI-VIC. Il est recommandé de privilégier l'identification des victimes dans le SIH puis de réaliser, dans un second temps, leur enregistrement dans l'outil SI-VIC, dès que les conditions le permettent (cf. 4.2).

4 **Identification initiale en situation sanitaire exceptionnelle**

4.1 **Identification du patient dans le système d'information hospitalier**

Lorsqu'ils existent, l'utilisation de dossiers de crise pré-renseignés (cf. 3.3.2) permet d'enregistrer rapidement les victimes à leur arrivée sans risque de collision afin de leur attribuer rapidement un identifiant local (IPP) et d'y préciser le numéro SINUS attribué au patient.

Ces identités numériques doivent être créées avec le statut « Identité provisoire » et utiliser, si possible, l'attribut « Identité fictive ».

Si le temps le permet, il est également possible de créer des enregistrements de façon classique avec l'identité fournie par le patient ou son accompagnant. Elles doivent rester par défaut au statut

« Identité provisoire » tant qu’elles n’ont pas été consolidées (cf. 5).

Remarques :

- il est impératif de conserver dans le système d’information local une trace du numéro SINUS du patient : il est donc impératif lors de l’utilisation de dossiers pré créés de modifier l’identité pour y ajouter le numéro SINUS¹³;
- un listing doit être tenu pour mettre en correspondance le numéro SINUS et l’IPP attribué lors de son enregistrement ;
- pour les établissements connectés à un serveur rapprochement d’identités (SRI), seules les identités fiabilisées doivent être transmises, selon les règles propres à chaque région ou territoire.

L’utilisation de dossiers pré-renseignés doit être organisée de façon à éviter les risques de collision. Le process suivant a fait ses preuves et peut être utilisé.

Lors de l’arrivée du patient, une pochette lui est attribuée et idéalement placée autour de son cou (à l’identique de ce qui est fait en préhospitalier pour la fiche médicale de l’avant au moment de l’enregistrement) afin d’éviter la confusion de documents entre deux patients. Ceci permet d’éviter l’utilisation de la même identité pré créée pour deux patient différent et témoigne de l’utilisation des identités pré créées. Le nombre de pochettes pré créées restant disponibles à la fin de l’évènement reflète le nombre d’identités préenregistrées disponibles.

4.2 Identification du patient dans SI-VIC

Cette saisie doit être commencée au plus tôt, dès que le personnel est en quantité suffisante. Elle doit être idéalement réalisée par du personnel formé (cf. 3.2.3), dans un local permettant d’éviter les ruptures de taches. Les profils SI-VIC opérateurs administratifs sont habilités à saisir une identité initiale dans SI-VIC. Celle-ci a alors le statut « déclaré ».

La fiche SI-VIC doit être renseignée le plus exhaustivement possible.

- si le patient est porteur d’un bracelet posé en pré hospitalier, c’est le numéro SINUS du bracelet (qui commence par TR) qui doit être utilisé pour alimenter SI-VIC ;
- dans le cas contraire, l’identifiant est généré dans SI-VIC avec un numéro commençant par HP pour les établissements de santé ou par HX pour les cellules d’urgence médico-psychologique (CUMP).

Seule l’identité réelle du patient doit être saisie dans SI-VIC. Si celle-ci n’est pas connue il faut uniquement renseigner le numéro SINUS et le service d’hospitalisation (prise en charge en réanimation, hospitalisation conventionnelle...). L’identité fictive utilisée dans le SIH n’a pas à être enregistrée dans SI-VIC.

Pour les patients inconscients, il faut cocher la case *ad hoc* sur SI-VIC et saisir dans le champ nom d’usage un « X » afin qu’un officier de police judiciaire (OPJ) puisse venir réaliser les opérations d’identification (cf.5.2).

3 Statut identité

Patient inconscient Validation identité

Non Déclaré Validé ES Validé PJ

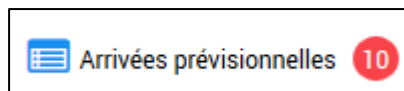
Si la victime est décédée, sélectionner le statut *ad hoc* .

4.2.1 La victime dispose d’un bracelet SINUS

¹³ Si le référentiel identité ne dispose pas de champ spécifique, il est nécessaire de détourner un champ présent en préservant les champs nom de naissance, d’usage et prénom. Idéalement la recherche doit pouvoir être faite sur ce champ

Ce bracelet a été mis en place lors de la prise en charge pré hospitalière. Son numéro doit être scanné avec une douchette lisant les QR codes afin de limiter les erreurs de retranscription. Si l'établissement ne dispose pas de douchette, il faut renseigner la totalité des numéros SINUS présents sur le bracelet, sans oublier le numéro du département (exemple : FR130NOVI000TR123456). Ce code permet la mise en cohérence des données par la région entre les application ARCSINUS et SI-VIC.

Remarque : si le patient a été enregistré dans ARCSINUS et régulé par le SAMU, les informations concernant ce patient peuvent être retrouvées dans l'onglet « arrivées prévisionnelles » de SI-VIC.



4.2.2 La victime ne dispose pas d'un bracelet SINUS

La victime est alors considérée comme une *arrivée spontanée* dans l'établissement de santé. Son enregistrement dans SI-VIC génère automatiquement un numéro SINUS débutant par HP (cf. 2.2).

4.2.3 Cas particuliers des forces d'intervention (policiers, pompiers, militaires)

Les identités de ces personnels (même s'ils sont conscients) ne doivent pas être saisies dans SI-VIC. Il est demandé de saisir leur numéro professionnel (RIO¹⁴ pour les forces de police, NID¹⁵ pour les militaires ; matricule pour les pompiers, précédé du numéro du département). Si le numéro professionnel n'est pas connu par les intéressés, il ne sera pas saisi. Il convient alors de saisir X dans le champ nom d'usage.

5 Fiabilisation secondaire des identités

Les identités créées lors de l'accueil initial doivent être modifiées/complétées dès que possible pour garantir une identification correcte de chaque patient dans le système d'information local et permettre un contact avec les proches.

5.1 Identification des patients conscients

C'est la cellule d'identitovigilance de crise (cf. 3.2.2), spécialement formée, qui a la responsabilité de fiabiliser *a posteriori* des identités. Elle doit disposer d'un formulaire de recueil des informations reprenant l'ensemble des champs à renseigner sur SI-VIC (exemple en annexe 4).

L'identification d'un patient conscient est réalisée par son interrogatoire et, si possible, par la consultation et copie d'un document d'identité afin d'augmenter le niveau de confiance de celle-ci.

5.2 Focus sur l'identification des patients inconscients ou décédés à l'hôpital

L'identification des patients inconscients n'est pas du ressort de l'établissement. La procédure est différente selon que le protocole IVC (identification des victimes de catastrophe) est activé ou non.

5.2.1 Déclenchement du protocole IVC

Ce protocole est déclenché au niveau national ou au niveau régional par le procureur de la république (ou le Préfet territorialement compétent). L'identification est alors à la charge de la commission d'identification des victimes (police judiciaire) et des équipes spécialement dédiées sont mandatées pour identifier les victimes en utilisant des techniques d'identité judiciaire. Les

¹⁴ Référentiel des Identités et de l'Organisation

¹⁵ Numéro Identifiant Défense

établissements sont informés par l'ARS de rattachement du déclenchement ou non du protocole IVC.

Il ne faut pas organiser de reconnaissance par les familles avant que la police judiciaire soit présente.

Pour rappel, la fiabilité des informations relatives à l'identité des victimes conditionnera la qualité de la réponse aux appels téléphoniques lorsqu'une Cellule de réponse téléphonique est ouverte, soit par la préfecture (Cellule d'information du public - CIP) soit par le premier ministre (Cellule Interministérielle d'Information du Public et d'Aide aux Victime - C2IPAV).

Ces cellules de réponse téléphonique ne sont pas autorisées à renseigner que les familles et proches de victimes conscientes. C'est pourquoi, il est primordial de bien spécifier dans SI-VIC si la victime est consciente ou inconsciente (coche « patient inconscient » de SI-VIC). Cette mention à l'ARS et à la DGS de renseigner les équipes d'identification de la police judiciaire sur la localisation des victimes inconscientes.

Il est conseillé aux établissements, afin de faciliter le travail des équipes de la police judiciaire, de constituer un dossier comprenant des éléments sur la victime (photographie, fiche mentionnant les piercings, tatouages, cicatrices...). En parallèle, les informations d'aide à l'identification telles qu'une identité putative inscrite sur une carte bleue ou une pièce d'identité retrouvée sur la victime pourront être renseignées dans la partie commentaire uniquement.

Une fois l'identification réalisée par la commission d'identification des victimes de catastrophe et après que les annonces de décès auront été faites aux familles, l'identité réelle sera renseignée et « validée PJ » sur SI-VIC par le ministère de la santé ou l'ARS de rattachement.

5.2.2 Absence de déclenchement du protocole IVC

Les établissements doivent se rapprocher de leur ARS de rattachement qui sollicitera le parquet, ou la police judiciaire pour mandater un officier de police judiciaire pouvant procéder à l'identification.

5.3 Mise à jour des identités dans le système d'information

Une fois que l'identité du patient a été consolidée par l'équipe mobile de la cellule d'identitovigilance de crise, l'identité fictive initiale est corrigée dans le référentiel d'identités de l'établissement.

Rappel : Pour les patients inconscients, les corrections sont à effectuer une fois l'identité « validée ».

Selon les règles du référentiel national d'identitovigilance (RNIV), le statut peut être modifié en « Identité validée » dès que l'identité a été contrôlée à partir d'un document d'identité à haut niveau de confiance. L'appel au téléservice INSi peut alors être autorisé pour obtenir un statut d'identité qualifiée.

Dans tous les cas, il faut penser à :

- prévenir les équipes soignantes et les correspondants impliqués (laboratoire, radiologie, EFS...) de la procédure de rectification de l'identité ;
- éditer et coller sur les documents une étiquette comportant l'identité réelle du patient ;
- changer le bracelet d'identification du patient ;
- identifier les effets personnels du patient avec des étiquettes, si nécessaire ;
- conserver l'identité initiale dans un souci de traçabilité (historisation prévue par le RNIV), particulièrement importante en temps de crise.

5.4 Mise à jour des identités dans SI-VIC

Les modifications des traits d'identité sont à reporter dans l'outil SI-VIC.

5.4.1 Validation des identités

La version 2 de SI-VIC prévoit une validation des identités sur l'outil. Cette validation engage l'établissement de santé.

3 Statut identité

Patient inconscient

Validation identité

Non

Déclaré

Validé ES

Validé PJ

Elle est réalisée par le ou les opérateurs identitovigilance SI-VIC (cf. 3.2.3) uniquement dans les cas où :

- un titre d'identité à haut niveau de confiance a été présenté¹⁶ ;
- l'identité sur SI-VIC a été vérifiée par une autre personne que celle qui a réalisé la saisie (principe du double contrôle) avec contrôle de cohérence avec une pièce d'identité à haut niveau de confiance, conformément aux exigences du RNIV.

5.4.2 « Fusion » des identités

Le Logiciel SI-VIC V2 offre la possibilité de concaténer 2 dossiers de patients en transférant les données du patient 1 vers le patient 2 avant de supprimer le patient 1.

Si l'une des identités a été validée par le référent SI-VIC de l'établissement, c'est cette identité qui doit prévaloir. Lorsque les 2 fiches qui doivent être fusionnées comportent des préfixes différents au niveau du numéro sinus (cf. 2.2), c'est le numéro TR (préhospitalier) qui doit être choisi afin de conserver l'historique de prise en charge.

En cas de doute, les 2 dossiers doivent être conservés, en cochant la case « doublon potentiel ».

5.4.3 Suivi des patients

Après l'épisode aigu, SI-VIC doit pouvoir être alimenté avec le devenir des patients. Il est conseillé de confier cette alimentation au référent d'identitovigilance SI-VIC. Le suivi du patient doit être mis à jour au quotidien ou selon la demande des autorités régionales ou nationales.

L'annexe 6 reprend de façon synthétique les étapes de l'identification lors d'un afflux massif de victimes.

6 Transfert du patient

Lors du transfert du patient vers une autre structure, il est indispensable de transmettre l'ensemble des éléments d'identification connus de la structure de départ. Il s'agit :

- des traits d'identités (a minima nom de naissance, premier prénom, date de naissance, sexe¹⁷) ;
- de numéro SINUS du patient.

Ces éléments doivent également être présents sur les prescriptions, les courriers...

La communication du numéro SINUS est indispensable afin de faire le lien sur SI-VIC mais également pour que l'EFS puisse éventuellement faire le lien avec des produits sanguins qui auraient été administrés en extrahospitalier sous un identifiant SINUS.

Les modifications éventuelles de l'identité du fait d'informations reçues *a posteriori* doivent également être communiquées à l'établissement receveur.

7 Entraînements, exercices, simulations

Les entraînements et exercices sont indispensables pour tester les organisations. Il est conseillé de réaliser :

- des entraînements et des exercices ciblés portant uniquement sur l'identification des victimes

¹⁶ Cf. RNIV 1

¹⁷ Cf. RNIV 1

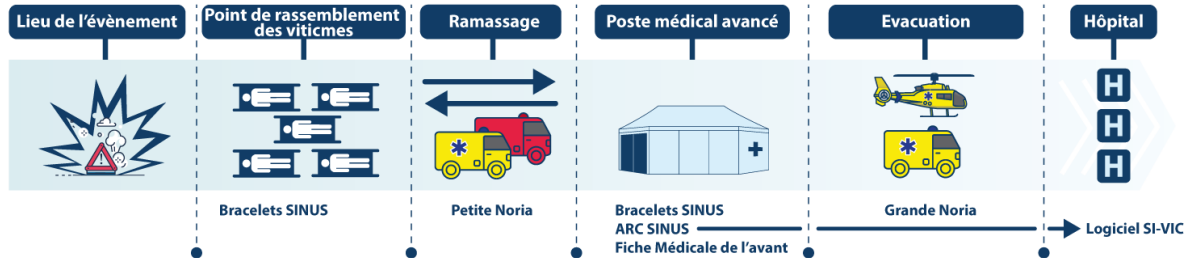
afin de former les personnels et de tester les procédures mises en place sans perturber le fonctionnement de l'établissement ;

- des exercices complets impliquant les équipes soignantes (*a minima* : équipe des urgences, de soins critiques et du bloc opératoire) permettant de valider l'organisation au regard des exigences des soins mais également de faire comprendre aux soignants l'importance de l'identification.

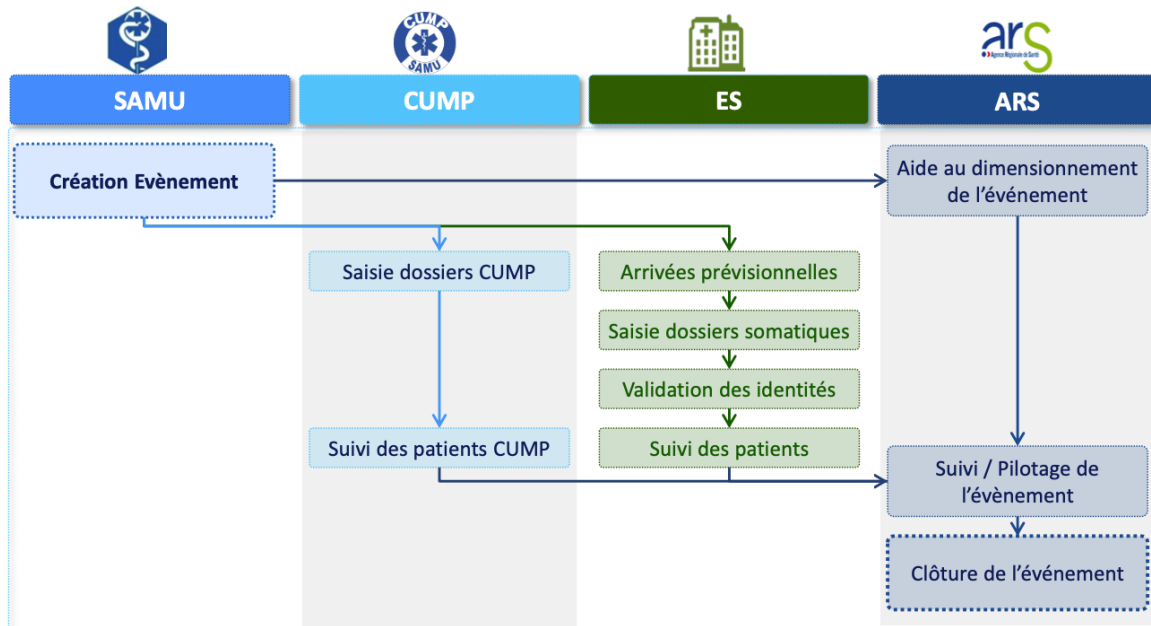
Les exercices doivent donner lieu à un retour d'expérience et à une évolution des pratiques si nécessaire, au niveau local comme au niveau régional.

Annexes


Annexe 1 – Principe du suivi du parcours des victimes



Annexe 2 – Gestion d'un évènement SI-VIC : les acteurs



Annexe 3 : Écran SI-VIC de saisie des traits d'identités

 **SI-VIC** [ÉVÈNEMENTS](#) [DOCUMENTATION](#) [ASSISTANCE](#)

[Retour à la liste des dossiers \(70/1146\)](#)

♀ LAC C FR000NOVI0000HP123321

Identité

- 1 Identification**

Numéro SINUS*
FR000NOVI0000HP123321 [?](#)

Présentation spontanée Non Oui IPP _____ Numéro de séjour _____ Identifiant plan blanc _____
- 2 Information patient**

Catégorisation secours Poids < 30 Kg > 150 Kg Particularité _____ Localisation(s) terrain _____
- 3 Statut identité**

Patient inconnu/ent Validé/identité Non Oui [Declare](#) [Validé ES](#) [Valide PJ](#)
- 4 Identité**

Nom de naissance LAC Nom d'usage _____ Prénom(s) C Sexe Date de naissance _____ Tranche d'âge _____ Âge approximatif 42

Nationalité _____ Pays de naissance _____ Ville de naissance _____
- 5 Coordonnées**

Numéro et nom de la voie _____ Code postal _____ Ville _____ Pays _____ Type Telephone [Ajouter un téléphone](#) Mail _____

Annexe 4 - Formulaire de recueil des informations d'identité

Date :

Étiquette d'identification provisoire

(coller ci-dessous les étiquettes correspondant au numéro patient SINUS et à l'IPP)

Numéro SINUS :

IDENTITE REELLE DU PATIENT

Pièce d'identité présentée : OUI NON

NOM DE NAISSANCE :

NOM D'USAGE :

PRENOM :

SEXE : Féminin Masculin

DATE DE NAISSANCE :

LIEU DE NAISSANCE (commune/département/pays) :

NATIONALITE :

ADRESSE (Pays/ville/rue/N°) :

.....

TEL : MAIL :

Avez-vous un lien de parenté avec une autre victime présente : OUI NON

Si oui, laquelle ? :

Personne à prévenir - NOM ET PRENOM :

TEL : MAIL :

LIEN : Conjoint Parent/enfant Autres (Préciser) :

Étiquette d'identification modifiée

(coller ci-dessous l'étiquette correspondant à l'identité réelle)

Date et heure de la rectification d'identité dans le SIH :

Équipe cellule identitovigilance (noms)

Annexe 5 - Tableau synoptique des actions à effectuer

QUI	QUOI	QUAND	COMMENT	OUTIL
Personnel d'accueil administratif	Enregistrement du patient dans le SIH	À l'arrivée du patient au point d'accueil des victimes	Dossier pré-crés Modification des dossiers pour inclure le numéro SINUS du bracelet	SIH
Cellule identitovigilance de crise	Enregistrement du patient dans SI-VIC	Dès que la cellule est mise en place	En utilisant les informations présentes dans le SIH Profil opérateurs administratifs ES de SI-VIC	SI-VIC
Cellule identitovigilance de crise Personnel d'accueil administratif	Interrogation des patients ou des familles En cas de protocole IVC, attendre la police judiciaire avant toute reconnaissance par les familles Copie des pièces d'identité Correction de l'identité dans le SIH Transmissions des éléments au personnel en charge de SI-VIC	Dès que possible	En utilisant les listes de patients et le-service de prise en charge fournies par le personnel en charge de SI-VIC	SIH
Cellule identitovigilance de crise	Mise à jour de l'identité dans SI-VIC	Dès que possible	En utilisant les informations du SIH Profil opérateurs administratifs ES de SI-VIC	SI-VIC SIH
Cellule identitovigilance de crise	Valide les identités sur SI-VIC	Dès que possible	En comparant l'identité saisie avec celle présente sur la pièce d'identité. Profil opérateurs identitovigilance de SI-VIC	SI-VIC
Cellule identitovigilance de crise	« Fusion » : suppression des doublons et mise à jour des fiches	Après avis du référent d'identitovigilance	Les 2 identités doivent avoir été saisies dans le même établissement Concaténation des éléments sur le numéro SINUS TR	SI-VIC
Cellule de crise de l'établissement	Suivi des information et informations des familles	Quand l'identité est fiabilisée ou validée PJ dans SI-VIC	Moyens d'informations mis en place par la structure	

Annexe 6 - Références

- Mode d'emploi SI VIC V2
- Référentiel National d'Identitovigilance
- Instruction N° DGS/DUS/CORRUSS2013/274 du 27 juin 2013 relative à l'organisation territoriale de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Instruction_DGS_2014_153_preparation_du_systeme_de_sante_a_la_gestion_des_SSE.pdf.
- Ministère des solidarités et de la santé. 2019. Préparation et gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles : Guide d'aide à la préparation et à la gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles au sein des établissements de santé : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_situation_sanitaire_exceptionnelle.pdf

Annexe 7 - Abréviations - Lexique

AMA : Assistant Médico-Administratif

ARCSINUS : Application de Recueil et de Coordination Système d'Information Numérique Standardisé

ARS : Agence Régionale de Santé

Collision : dans un même domaine d'identification, attribution d'un même identifiant à deux personnes physiques différentes

CUMP : Cellule d'urgence médico-psychologique

DGS : Direction Générale de la Santé

Doublon : dans un même domaine d'identification, une même personne physique possède au moins deux identifiants

DPI : Dossier Patient Informatisé

EAI : *Enterprise Application Integration*

EFS : Établissement Français du Sang

GAM : Gestion Administrative du Malade

IEP : Identifiant Épisode Patient

Impliqué : personne concernée par la situation catastrophique qui ne justifie pas d'une évacuation vers un établissement hospitalier (urgence médico-psychologique, blessé très léger).

IPP Identifiant Patient Permanent

IVC : Identification des Victimes de Catastrophe

OPJ : officier de police judiciaire

PMA : Poste Médical Avancé

SAMU : Service d'aide médicale urgente

SINUS : Système d'Information Numérique Standardisé

SI-VIC : Système d'information pour le suivi des victimes

SRI : Serveur Régional d'identité

Urgence absolue (UA) : blessés les plus graves nécessitant des gestes de réanimation et une évacuation médicalisée prioritaire.

Urgence relative (UR) : blessés stabilisés, sans détresse vitale.

Annexe 8 - Éléments clés d'identification lors d'un afflux massif de victimes

- Le référent d'identitovigilance de l'établissement doit être impliqué dans la conception du plan de crise et doit faire partie de la cellule de crise.
- La mise en place d'une cellule opérationnelle d'identitovigilance de crise est indispensable.
- L'enregistrement ne doit pas ralentir la prise en charge, ni créer d'engorgement : une priorisation de l'enregistrement est nécessaire (Extrêmes Urgence- Urgences absolues- Urgences relatives).
- Il est recommandé de privilégier l'enregistrement sur le système d'information hospitalier à l'arrivée des patients.
- L'enregistrement doit être simple et rapide, éviter la création de doublons ou de collision. Il est conseillé d'utiliser des identités et des dossiers pré-crées.
- **Les éléments d'identité découverts près du corps ne doivent pas être considérés comme appartenant à la victime** mais peuvent être considérés comme des éléments « d'aide à l'identification ». Ces éléments seront saisis dans un champ commentaire de la Gestion administrative du malade (GAM). Ils peuvent également être renseignés dans la partie commentaires de SIVIC
- **L'enregistrement sur l'outil SI-VIC doit être débuté au plus tôt.** La fiche SI-VIC doit être renseignée le plus exhaustivement possible, que le patient soit ou non porteur d'un bracelet SINUS à l'arrivée dans l'établissement de santé.
- Il est impératif de conserver **dans le système d'information hospitalier (SIH)** une trace du numéro SINUS du patient.
- L'identité putative des patients inconscients ne doit pas être saisie dans SI-VIC. Cocher la case inconscient.
- L'identité des intervenants (forces de l'ordre, pompier) ne doit pas être saisie dans SI-VIC
- **L'identification des victimes inconscientes ou décédées n'est pas à la charge de l'établissement.** Elle est réalisée :
 - soit par la commission d'identification des victimes de catastrophe si le protocole IVC est déclenché ;
 - soit par la police judiciaire locale à la demande de l'ARS.
- Les entraînements, exercices et simulations sont indispensables à une bonne préparation de l'établissement et à l'amélioration de la coordination des acteurs.