

Direction générale
POLITIQUE

IDENTIFICATION DE L'USAGER

N° Politique : POL-025	Responsable de l'application : Direction générale	
N° Procédure découlant : PRO-011		
Approuvée par : Comité de direction	Date d'approbation : 13 mars 2017	Date de révision : 13 mars 2021

Destinataires : Tout employé, toute personne qui exerce sa profession incluant les médecins et dentistes, tout stagiaire, de même que toute personne qui, en vertu d'un contrat de services, dispense pour le compte de l'établissement des services aux usagers

1. CONTEXTE

Le CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSS) est soucieux d'offrir à sa clientèle une prestation sécuritaire de soins et services. Dans ce contexte, l'établissement prend les moyens pour assurer en tout temps l'exactitude de l'identification de la personne requérant un soin ou un service et ainsi se conformer à une pratique organisationnelle requise par Agrément Canada ainsi qu'à l'article 100 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) (R.L.R.Q., c. S-4.2.)

2. CHAMP D'APPLICATION

Cette politique s'adresse à toute personne impliquée dans la prestation de soins et services incluant : personnel médical/clinique/technique/administratif, résident/stagiaire/étudiant, chercheur, bénévole et personne visée par une entente de services (contractuels, agence de placement, personnel de main-d'œuvre indépendante). Elle s'applique à l'ensemble des secteurs d'activités du CIUSSS quel que soit le lieu où les services ou les interventions sont rendus.

La responsabilité de l'utilisation d'au moins *deux (2) identificateurs uniques à la personne* incombe à l'intervenant qui effectue le service ou l'intervention

3. OBJECTIFS

- Encadrer et uniformiser la pratique de l'identification sécuritaire de l'utilisateur par l'utilisation d'au moins deux (2) identificateurs uniques à la personne avant d'entreprendre la prestation de tout service ou de toute intervention.
- Assurer la conformité des renseignements personnels disponibles.

- Éviter les erreurs d'identification de l'utilisateur lors la prestation de tout service ou de toute intervention.
- Éviter les erreurs de traitements, de médicaments et/ou des tests diagnostiques.
- Assurer la conformité avec la pratique organisationnelle requise (POR) d'Agrément Canada en utilisant d'au moins *deux (2) identificateurs uniques à la personne* avant d'entreprendre la prestation de tout service ou de toute intervention.
- Améliorer l'efficacité et la coordination des communications entre les intervenants en soins et services avec les usagers tout au long du continuum de soins et services.

4. DÉFINITIONS

4.1. Capacité de s'identifier

Capacité cognitive de l'utilisateur ou habilité de communication lui permettant de faire connaître son nom, son prénom, sa date de naissance ou toute autre information requise pour l'identifier.

4.2. Code d'identification temporaire

Le code d'identification temporaire d'un usager inconnu remplace exceptionnellement les nom ET prénom ainsi que la date de naissance. Ces deux (2) identificateurs sont utilisés jusqu'à ce que l'identité de l'utilisateur soit confirmée.

4.3. Document relié au service ou à l'intervention

Requête, formulaire, ordonnance, étiquette (ex. : produit sanguin, pharmacie), dossier ou autre document identifié au nom de l'utilisateur.

4.4. Identificateurs uniques à la personne (usager)

Élément unique servant à identifier l'utilisateur. Sont reconnus :

- Nom ET prénom;
- Date de naissance;
- Numéro d'identification propre à l'utilisateur (no dossier, no d'assurance maladie);
- Photo avec données personnelles.

Ne sont pas des identificateurs uniques: # de chambre, # de lit, nom sur la porte ou sur un objet/équipement (ex. : vêtement, fauteuil roulant, marchette).

4.5. Identification

Action d'identifier un usager à l'aide d'au moins deux (2) identificateurs uniques à la personne.

4.6. Identification active

Action d'identifier l'utilisateur en demandant à l'utilisateur ou une tierce personne (un membre de l'équipe soignante, un membre de la famille, le représentant ou un membre de la communauté) de décliner :

1. Nom ET prénom;
2. Date de naissance.

N.B. On doit demander les nom ET prénom et date de naissance de l'utilisateur même si on le connaît et sans suggérer la réponse.

4.7. Identification passive

Action d'identifier l'utilisateur en vérifiant l'information inscrite sur le bracelet d'identification de l'utilisateur (à l'aide d'au moins deux (2) identificateurs uniques) ou en vérifiant l'information sur un document comprenant une photo avec les renseignements personnels :

- Nom ET prénom;
- No de dossier;
- Date de naissance;
- No d'assurance maladie.

4.8. Intervenant

Tout employé, toute personne qui exerce sa profession incluant les médecins et dentistes, tout stagiaire, de même que toute personne qui, en vertu d'un contrat de services, dispense pour le compte de l'établissement des services aux usagers.

4.9. Résident

Toute personne bénéficiant de soins et de services habitant dans un centre/milieu d'hébergement (CHSLD, RI, RTF, etc.).

4.10. Service ou intervention

Terme générique qui comprend tout soin, service, traitement, intervention ou autres actions effectués dans le cadre des fonctions des destinataires de cette politique. Les services ou interventions visés le sont sans égard au fait qu'ils soient rendus à l'intérieur ou à l'extérieur d'une installation du CIUSSS.

4.11. Sources d'identificateurs uniques

- Cartes d'identité de l'utilisateur :
 - o Carte d'assurance maladie;
 - o Carte d'établissement;
 - o Permis de conduire;
 - o Autres cartes avec photo de l'utilisateur.
- Bracelets d'identification selon la procédure spécifique en vigueur;
- Fiche signalétique;
- Autres pièces d'identité de l'utilisateur préférablement avec une photo;
- Document relié au service ou à l'intervention.

4.12. Usager admis

« Une personne est admise dans un établissement lorsque son état nécessite une hospitalisation ou un hébergement, que les formalités applicables sont remplies et qu'elle occupe un lit compris dans le nombre figurant au permis de l'établissement » (Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements, L.R.Q. c. S-5, r. 5, art. 22).

4.13. Usager enregistré

« Une personne est enregistrée dans un centre hospitalier lorsque, à la suite d'une ordonnance d'un médecin ou d'un dentiste, elle y reçoit des services externes pour fins de diagnostic médical ou dentaire » (Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements, L.R.Q. c. S-5, r. 5, art. 20).

4.14. Usager inscrit

« Une personne est inscrite dans un établissement lorsqu'elle reçoit des services qui ne nécessitent pas son hospitalisation ou son hébergement ou qu'elle n'occupe pas un lit compris dans le nombre figurant au permis de l'établissement » (Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements, L.R.Q. c. S-5, r. 5, art. 21).

5. ÉNONCÉ :

Dans le but d'accroître la sécurité des usagers, de s'assurer de donner le bon soin, le bon traitement ou le bon service au bon usager et de réduire les erreurs et les événements indésirables, le respect de la pratique de *deux (2) identificateurs uniques à la personne* est essentiel en tout temps.

6. RÔLES ET RESPONSABILITÉS

6.1. Chaque membre du personnel médical/clinique/technique/administratif, résident/stagiaire/étudiant, chercheur, bénévole et personne visée par une entente de services

Est responsable de :

- Prendre connaissance de la présente politique et de l'appliquer lors de tous services ou interventions;
- Collaborer avec les différents interlocuteurs dans l'application de la présente politique.

6.2. Directions cliniques et diagnostiques

Sont responsables de l'application et de la promotion de la présente politique.

6.3. Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique

Est responsable de :

- Coordonner des audits dans les différents secteurs afin d'évaluer le niveau d'application de la présente politique;
- Analyser les résultats et fait des recommandations aux directions concernées;
- Assurer la mise en œuvre de la présente politique, sa révision et sa diffusion.

7. ÉLABORATION, RÉDACTION ET MISE À JOUR DE LA POLITIQUE

7.1. Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique

Responsable de l'élaboration, de la rédaction et de la mise à jour de la politique.

7.2. Directions cliniques et diagnostiques

Directions ayant contribué à l'élaboration, à la rédaction et de la mise à jour de la présente politique.

7.3. Calendrier de révision de la politique

La présente politique devra être révisée tous les 4 ans ou plus rapidement en fonction des besoins.

8. RESPONSABLE DE LA MISE EN APPLICATION

8.1. Direction générale

Elle est responsable de la mise en application de la présente politique.

9. ENTRÉE EN VIGUEUR

La présente politique entre en vigueur le jour de son adoption par le comité de direction et annule, par le fait même, toute autre politique en cette matière adoptée antérieurement dans l'une ou l'autre des installations administrées par le CIUSSS-EMTL.