Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean
Québec

Procédure

Procédure de déclaration des incidents/accidents

No d'identification : PRO-PS-QEPE.091

Référence à la politique n° :

CE DOCUMENT S'ADRESSE AUX PERSONNES SUIVANTES :
Cette procédure s'adresse à toute personne oeuvrant au CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean, qu'elle soit rémunérée ou non par l'établissement (médecin, employé, bénévole, contractuel, chercheur, professeur, étudiant, stagiaire, RNI).
CE DOCUMENT EST ACCESSIBLE :
☐Répertoire commun ☐Site Internet ☐ Intranet ☐Autre Précisez :

NOMBRE DE PAGES	30
RESPONSABLE DE L'APPLICATION	Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique
RESPONSABLE DE LA CODIFICATION ET DE LA CONSERVATION DU DOCUMENT	
INSTANCE(S) CONSULTÉE(S)	Direction des soins infirmiers Direction des services multidisciplinaires Direction des services professionnels Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques Direction des programmes santé mentale, dépendance et jeunesse
RESPONSABLE DE L'ADOPTION OU DE LA RÉVISION FINALE	
DATE DE LA MISE EN VIGUEUR	Octobre 2021
DATE DE L'ADOPTION OU DE LA RÉVISION ET NUMÉRO DE RÉSOLUTION DU C.A.	Mise à jour : 2023-05-12
RÉVISION	Mai 2026

Procédure

Procédure de déclaration des incidents/accidents

PRO-PS-QEPE.091

Octobre 2021

Québec

TABLE DES MATIÈRES

1. CONTEXTE 6
2. OBJECTIFS 6
3. DÉFINITIONS 6
4. MODALITÉ D'APPLICATION 9
4.1 Qu'est-ce qu'on déclare ? 9
4.2 Condition inhérente à l'usager 9
4.3 Qui déclare ? 10
4.4 Comment déclarer ? 10
4.5 Cheminement des formulaires AH-223-1 10
4.6 Conservation, correction et annulation 11
4.6.1 Conservation et annulation 11
4.6.2 Correction de l'analyse sommaire 11
5. RÔLES ET RESPONSABILITÉS 11
5.1 La personne qui constate l'événement, soit le déclarant. 11
5.2 Le gestionnaire du secteur concerné : 11
5.3 Agente de saisie (Pour les services qui utilisent les formulaires papier) 12
5.4 Équipe de la gestion intégrée des risques et prestation sécuritaire des soins et services 13
5.5 Chef de service - Gestion intégrée des risques et prestation sécuritaire des soins et services 13
5.6 Le directeur/directrice à la direction de la qualité, évaluation, performance et éthique 13
5.7 Direction concernée 13
5.8 Le comité de gestion des risques stratégique 13
5.9 Le comité de vigilance et de la qualité 14
5.10 Le conseil d'administration 14
6. SOINS À DOMICILE ET CENTRE DE DÉTENTION 14
7. HÉBERGEMENT EN RESSOURCE NON INSTITUTIONNEL (RI – RTF – RA – FAP 14
8. ÉVÉNEMENTS RÉPÉTITIFS 15
8.1 Automédication en institution 16
8.2 Lors de l'application de mesures de contrôle 16
8.3 Événements qui touchent plusieurs usagers 16
8.4 Alertes ou rappels d'équipements ou de fournitures 16
8.5 Événements survenus dans l'établissement ou sur la propriété de ce dernier et hors du contexte de prestation de soins ou de services 16
8.6 En présence d'un événement lié au retraitement des dispositifs médicaux (RARDM) 16
8.7 Lorsqu'un événement implique des partenaires externes 17
8.8 Actes délégués 18
8.9 Suicide ou tentative de suicide 18
8.10 Agression 18
8.11 Erreurs liées au dossier 19
8.12 Suis-je en présence d'une problématique de compétence individuelle ou de processus ? 19

1. CONTEXTE

La prestation de soins et services sécuritaires est un droit reconnu aux usagers par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (L.R.Q., c. S-4.2, a. 5). Selon l'article 233.1 de la Loi (LSSSS) :

« Tout employé d'un établissement, toute personne qui exerce sa profession dans un centre exploité par l'établissement, tout stagiaire qui effectue un stage dans un tel centre de même que toute personne qui, en vertu d'un contrat de service, dispense pour le compte de l'établissement des services aux usagers de ce dernier doit déclarer, au directeur général d'un établissement ou, à défaut, à une personne qu'il désigne, tout incident ou accident qu'il a constaté, le plus tôt possible après cette constatation. Une telle déclaration doit être faite au moyen du formulaire prévu à cet effet, lequel est versé au dossier de l'usager»

En 2020, le MSSS a adopté la nouvelle mise à jour des lignes directrices de déclaration des incidents et des accidents. Celles-ci sont effectives depuis le 1er avril 2021 pour l'ensemble des établissements de la province. Le CIUSSS du Saguenay Lac-Saint-Jean met donc en place la procédure de déclaration des incidents et des accidents, afin de faciliter la compréhension et l'interprétation des événements devant être déclarés sur un formulaire AH-223-1.

2. OBJECTIFS

L'objectif initial de la déclaration d'un accident ou d'un incident est de faire connaître toute situation qui a compromis ou pourrait compromettre la sécurité des usagers à l'occasion d'une prestation de soins ou de services afin d'éviter qu'elle se reproduise.

Les objectifs spécifiques de la déclaration d'un incident sont :

- De faire connaître à l'établissement l'événement dont un usager a failli être victime.
- D'identifier les défaillances dans les processus de l'établissement.
- D'en faire l'analyse.
- De mettre en place des mesures correctives et préventives.

Et, les objectifs spécifiques de la déclaration d'un accident sont :

- De faire connaître à l'établissement l'accident dont un usager a été victime.
- D'identifier les défaillances dans les processus de l'établissement.
- D'en faire l'analyse.
- De mettre en place des mesures correctives et préventives.
- De divulguer à l'usager l'accident dont il a été victime, lorsque requis.

3. DÉFINITIONS

Accident : Toute situation qui a touché l'usager, que celle-ci ait donné lieu à des conséquences ou non pour l'usager. (Gravité C et +) (Lignes directrices, 2011).
Ex. : il est tombé – il a avalé un médicament qui ne lui était pas destiné – il a été opéré du mauvais côté, etc.

Il y a dans un accident un caractère d'imprévisibilité qui le distingue de la complication. Tant l'accident que la complication sont des événements indésirables. Toutefois, il y a dans l'accident des éléments reliés aux processus de l'établissement qui le rendent évitable (Lignes directrices à l'intention du réseau de la santé et des services sociaux, 2011).

Complication: La complication fait référence, dans le présent contexte, à une aggravation temporaire ou permanente de l'état de santé de l'usager. Dans le cadre de l'application des dispositions de la LSSSS, la complication n'est pas considérée comme un accident. Il n'y a donc pas lieu de la déclarer dans le formulaire AH-223-1. Elle peut prendre la

forme d'effets secondaires ou de réactions indésirables. La complication est habituellement prévisible et documentée dans la littérature. Elle constitue un risque inhérent lié aux traitements ou aux procédures que l'usager a accepté de subir. (LD, 2020)

Exemples de complication :

- Un usager a une réaction allergique à la suite de l'administration d'un médicament, alors que cette allergie n'était pas connue de l'usager ou de l'équipe soignante.
- Un usager a une perte de sensibilité au visage à la suite d'une chirurgie maxillo-faciale. Un usager perd le sens du goût après une série de traitements de chimiothérapie.

Comité de gestion des risques : L'article 183.1 de la LSSS oblige tout établissement de prévoir la formation d'un comité de gestion des risques. Celui du CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean relève du conseil d'administration de l'établissement. Il possède un pouvoir de recommandation auprès du conseil de celui-ci, notamment par le comité de vigilance et de la qualité, et doit également lui faire rapport de ses activités. Le comité de gestion des risques a pour mandat d'assurer au conseil d'administration que l'établissement respecte les règlements, les politiques et les protocoles au regard de la gestion des risques et qu'il remplit ses obligations en ce qui a trait à la sécurité des usagers. Le comité de gestion des risques exerce donc un rôle de vigie pour la mise en place de la gestion des risques dans l'établissement.

Conséquences : Impacts sur la santé ou le bien-être de la personne victime de l'accident. Ces impacts doivent découler directement de l'accident. Elles peuvent prendre la forme de blessure, tort ou dommage causé à la santé ou au bien-être de l'usager.

Culture juste de sécurité : Il s'agit d'une philosophie qui requiert et encourage que les incidents et les accidents soient signalés. Elle est la marque d'un établissement qui a « une compréhension globale et sait faire la différence entre un acte commis de bonne foi, un acte répréhensible et la négligence ». L'organisme accepte sa part de responsabilité dans les défaillances du système et les individus ne sont pas tenus responsables des défaillances de celui-ci. Cependant, les organisations prônant la culture juste de sécurité ne tolèrent pas les gestes intentionnels, soit la négligence et l'indifférence au bien-être des usagers.

Déclaration : Action de porter à la connaissance de l'organisation au moyen du formulaire AH-223-1, et selon la procédure établie par l'établissement, tout accident ou tout incident constaté par un employé, un professionnel qui exerce sa profession dans le centre, un stagiaire ou toute personne qui, en vertu d'un contrat, dispense des services aux usagers de cet établissement (LSSSS art. 233.1).

Divulgation : Action de porter à la connaissance de l'usager ou de son répondant, toute l'information nécessaire relative à un accident subit par cet usager et à l'origine de conséquences pour lui, incluant les mesures prises pour éviter la récurrence d'un tel accident. (Lignes directrices, 2011).

Divulgation partielle : Discussion initiale avec l'usager ou son répondant, qui doit avoir lieu le plus tôt possible après un événement. La responsabilité de cette discussion incombe principalement aux prestataires de soins, qui peuvent au besoin solliciter les conseils et le soutien de la direction. La discussion portera principalement sur l'état de l'usager à ce moment-là, et sur le consentement éclairé à toute investigation ou tout traitement futur pour vérifier ou atténuer la présence de conséquences.

Divulgation complète : Se fait après l'analyse ou la résolution de problème qui a permis d'éclaircir les causes fondamentales de l'événement. À ce stade, nous connaissons les mesures qui ont été prises pour éviter la récurrence d'un tel événement. Les discussions préliminaires qui ont déjà eu lieu lors de la divulgation partielle doivent se poursuivre. Dans le cadre d'un événement sentinelle, la divulgation complète se fait par le gestionnaire concerné par l'événement.

Échelle de gravité : Outil servant à évaluer la gravité des conséquences découlant d'un événement.

Événement indésirable : Est un terme générique utilisé pour désigner toute situation non souhaitée, redoutée ou indésirable qui aurait pu causer des dommages à la santé ou au bien-être des usagers ou encore à leurs biens. L'événement désigne aussi bien un incident qu'un accident.

Événement sentinelle : Terme utilisé pour désigner un événement qui demande une analyse approfondie parce qu'il révèle des failles dans un processus qui ont entraîné ou auraient pu entraîner des conséquences graves. Il en existe 4 types.

- ***Type 1 :*** accident ayant entraîné des conséquences graves.
- ***Type 2*** : incident ou accident qui auraient pu avoir des conséquences graves si la situation n'avait pas été récupérée à temps.
- ***Type 3*** : incident ou accident qui se sont produits à plusieurs reprises, même si aucun n'est à l'origine de conséquences graves. Leur fréquence élevée est révélatrice de failles dans les processus en cause qui seront, un jour ou l'autre, à l'origine d'une conséquence grave.
- ***Type 4*** : accident qui a touché plusieurs usagers et dont les conséquences potentielles sont inconnues.

PRO-PS-QEPE.002 Procédure - Événements sentinelles :
https://msss365.sharepoint.com/sites/CIUSSSSLSJ-DocumentsAdministratifs-SPO/_layouts/15/DocIdRedir.aspx?ID=CLIN-1508332343-6533

Incident : Événement qui ne touche pas l'usager, mais qui doit quand même être déclaré et faire l'objet de mesures de prévention, car il révèle un dysfonctionnement des processus de l'établissement qui pourrait être à l'origine d'accident, s'il atteignait l'usager. L'action ou la situation est décelée avant qu'elle ne puisse avoir touché l'usager. (gravité A et B)

Exemple d'incident :
- Un usager avise l'infirmière que le médicament qu'elle s'apprête à lui donner n'est pas ce qu'il prend habituellement.

Inconvénient : Ce terme réfère au « désavantage inhérent à une chose qui, par ailleurs, est ou peut être bonne ». Il apporte une nuance au terme « conséquence » utilisé pour qualifier les effets négatifs qu'a eus un événement sur la santé ou le bien-être de l'usager.

Il est important de faire la distinction entre ces deux termes. Le fait de devoir procéder à des examens ou à des tests diagnostiques pour vérifier la présence ou non de conséquences à la suite d'un accident répond davantage à la définition d'inconvénient qu'à celle de la conséquence. Il est bénéfique pour l'usager que ces vérifications soient faites, même si les procédures, auxquelles il doit consentir, lui causent de l'inconfort ou des désagréments.
Exemples :
- Une reprise de prélèvements sanguins en raison d'une erreur d'identification des tubes.
- Un test de dépistage à la suite d'une contamination possible par un instrument potentiellement mal stérilisé.
- Un examen de radiologie suite à une chute.

MMUU (matériel médical à usage unique) : Dispositif jetable après usage, habituellement identifié ainsi par le fabricant, conçu pour une seule utilisation et non pour être retraité ou réutilisé chez un autre usager et, par conséquent, non accompagné d'instructions de retraitement du fabricant.

Registre local : Selon la LSSSS, l'établissement doit formaliser un registre local des incidents et accidents déclarés. Ce registre est constitué des informations saisies à partir du formulaire AH-223-1.

Retraitement des dispositifs médicaux (RDM) : Toutes les étapes de préparation d'un dispositif médical pour sa réutilisation : prénettoyage, nettoyage, désinfection ou stérilisation, inspection, emballage, étiquetage et entreposage (Guide de l'utilisateur – définitions et exemples – AH-223-1 révision 2014-02).

Usager : Toute personne qui a reçu, aurait dû recevoir, reçoit ou requiert des services de l'établissement; ce terme comprend, le cas échéant, tout représentant de l'usager au sens de l'article 12 de la loi ainsi qu'en cas de décès de l'usager, les personnes visées au premier alinéa de l'article 23 de la loi.

4. Modalité d'application

4.1 Qu'est-ce qu'on déclare ?

La procédure concerne spécifiquement les événements qui se produisent dans le cadre de la prestation de soins et de services à un usager. Il s'agit de l'action de fournir des soins et des services.

Elle ne concerne pas les incidents et accidents liés aux travailleurs, les infections nosocomiales, ni les incidents ou accidents transfusionnels.

Lorsqu'un événement survient en dehors de la prestation de soins et service, cela relève le plus souvent de la qualité du service concerné et non de la prestation sécuritaire des soins et services. Il doit donc être analysé, mais sous l'angle de l'amélioration continue et des bonnes pratiques.

On reconnait un événement évitable à ***l'une ou l'autre*** des caractéristiques suivantes :

1. Il est relié directement à une prestation de soins et/ou de service (geste posé ou omis) ;
2. Il révèle un dysfonctionnement des processus de l'établissement ;
3. Il peut être évité par des mesures de prévention efficace.

De plus, dans le cadre de l'application des dispositions de la Loi, bien qu'ils soient des événements indésirables, les complications ne sont pas des accidents, puisque ce ne sont pas des événements évitables. Les complications sont habituellement prévisibles, liées à la condition de l'usager, documentées dans la littérature et constituent des risques inhérents liés aux traitements ou aux tests que l'usager a accepté de subir.

En gestion des risques, il n'existe pas de réponse unique qui s'applique à toutes les situations sans tenir compte du contexte. Il restera donc toujours une zone où le jugement professionnel devra s'exercer.

4.2 Condition inhérente à l'usager

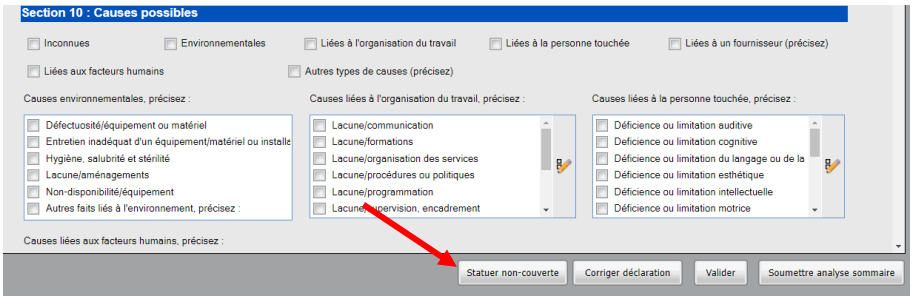
Cette expression définit une situation où le diagnostic ou encore l'évolution de l'état de l'usager est à l'origine d'événements indésirables, qui ne sont pas directement reliés à la prestation des soins et des services. Ces événements auraient pu se produire dans tout autre contexte.

Ces situations, attribuables à la condition de l'usager, ne sont pas considérées comme des accidents. Elles ne relèvent pas de la gestion des risques, même si elles touchent à la sécurité de l'usager. Par conséquent, elles ne doivent pas être déclarées sur le formulaire AH-223-1. Exemples :

- Un usager présentant des comportements impulsifs qui, lors d'une crise de colère, se blesse à la main en frappant sur un meuble.
- Un usager en réadaptation physique qui réapprend à marcher, et qui fait une chute lors de ses exercices**.**

Particularités pour le gestionnaire lors de l'analyse sommaire s'il s'agit d'une condition inhérente à l'usager

- Complétez l'analyse sommaire et l'enregistrer (ne pas la soumettre). Par la suite, allez dans la section « Autres actions » de l'application SISSS et sélectionnez « Statuer non couverte ». Le système demandera la raison et vous inscrirez « Condition inhérente à l'usager ».



- La copie du formulaire AH-223-1 doit demeurer au dossier de l'usager, mais une note manuscrite doit y être apposée : « Non couvert ou Annulé – condition inhérente à l'usager ».

4.3 Qui déclare ?

- Tout membre du personnel, les bénévoles et les stagiaires du CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean.
- Les médecins et les dentistes exerçant leur profession dans une installation du CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean.
- Toute personne qui, en vertu d'un contrat de service, dispense pour le compte de l'établissement des services aux usagers de ce dernier doit déclarer.
    - **Par exemple**, les responsables et les employés dans les ressources ayant une entente contractuelle avec le CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean, notamment les ressources intermédiaires et les ressources de type familial.
- L'événement rapporté par un usager ou un proche qui en a été témoin ou encore par l'usager qui en a été victime peut être déclaré au formulaire AH-223-1 si les quatre conditions suivantes sont respectées (Lignes directrices 2020) :
    - L'usager est admis ou inscrit.
    - L'usager ou le proche ne souffre pas de troubles cognitifs pouvant altérer son jugement de la situation (il est bien orienté dans les trois sphères : personnelle, spatiale et temporelle).
    - La relation entre les faits est cohérente et plausible.
    - La séquence de l'événement peut être facilement établie.

4.4 Comment déclarer ?

La déclaration doit être effectuée par le biais du rapport de déclaration d'incident ou d'accident AH-223-1, en version papier pour les RI-RTF ou de façon électronique pour toutes les installations du CIUSSS. Pour connaître les modalités relatives à la complétion du formulaire en version papier, un guide d'utilisation est disponible au verso du formulaire. Pour la version électronique, des capsules de formations sont disponibles sur l'intranet local du CIUSSS. https://msss365.sharepoint.com/sites/CIUSSSSLSJ/SitePages/Gestion-des-risques.aspx

4.5 Cheminement des formulaires AH-223-1

Le cheminement d'un formulaire AH-223-1 est disponible à l'annexe 1, lorsqu'un formulaire est rempli par une installation, mais qu'il est destiné à une autre installation dont le mode de saisie est différent, il est important de s'y référer.

4.6 Conservation, correction et annulation

4.6.1 Conservation et annulation

Nous ne devons pas détruire les AH-223-1 : On doit conserver le formulaire au dossier de l'usager et y inscrire une note manuscrite, par exemple : ANNULÉE = COMPLICATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ. Ils doivent aussi être entièrement saisis dans l'application SISSS, puis statués non-couverts en cas d'annulation.

4.6.2 Correction de l'analyse sommaire

- Si la gravité de départ est erronée: mettre l'analyse sommaire en correction et procéder à la correction
- Si la gravité évolue dans le temps: faire un duplicata de l'analyse sommaire et compléter celle-ci.

5. RÔLES ET RESPONSABILITÉS

5.1 La personne qui constate l'événement, soit le déclarant

Le déclarant n'a pas à expliquer ce qui s'est passé ou à tenter de décrire les circonstances de l'événement. Le formulaire AH-233-1 sert à déclarer le fait observé ou constaté :

1. Met en place des mesures immédiates pour assurer la sécurité du ou des usagers.
2. Communique l'événement survenu à son supérieur immédiat.
3. Complète les sections 1 à 9 du formulaire AH-223-1 dans l'application informatique SISSS ou sur un formulaire papier, selon son secteur d'activité.
4. Si formulaire électronique : Imprime une copie du formulaire, la signe et la met au dossier de l'usager. S'il s'agit d'un incident et qu'il n'y a pas de nom d'usager associé à l'événement (ex. : situation à risque), le formulaire n'a pas à être imprimé, une notification par courriel sera acheminée au gestionnaire lors de sa soumission.

   Si formulaire papier : Signe la copie blanche, la met au dossier de l'usager et remet la copie jaune au chef du service concerné. S'il s'agit d'un incident et qu'il n'y a pas de nom d'usager associé à l'événement (ex. : situation à risque), signe la copie blanche et la remet avec la copie jaune au gestionnaire du service concerné.
5. Procède à la divulgation partielle si nécessaire (obligatoire dès que l'on doit procéder à des tests ou modifications du plan d'intervention pour prévenir l'apparition de conséquences).
6. Collabore à l'analyse de l'événement.

5.2 Le gestionnaire du secteur concerné :

1. Il est responsable de la qualité et de la sécurité des soins et services qui sont donnés dans son secteur d'activité.
2. Les failles des processus en dehors de la prestation de soins et services seront traitées par celui-ci comme un problème de qualité dans son service : qualité de la pratique, problématique de négligence, qualité de soins et services, amélioration continue, etc.
3. Prend connaissance de tous les formulaires de déclaration AH-223-1 ou mandate quelqu'un pour le faire, le plus rapidement possible, c'est-à-dire immédiatement pour un événement sentinelle et dans un délai de 7 jours pour les autres événements.
4. S'assure que le formulaire est bien rempli.
5. S'assure que des contre-mesures ont été mises en place et que la sécurité de l'usager est assurée.

6. S'il s'agit d'un événement sentinelle, se réfère à la procédure de gestion des événements sentinelles. https://msss365.sharepoint.com/sites/CIUSSSSLSJ-DocumentsAdministratifs-SPO/_layouts/15/DocIdRedir.aspx?ID=CLIN-1508332343-6533
7. Fiche de déclaration d'un événement sentinelle

   https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScoRebu3EUtxh-4Pta4IaB4NacgryhXaglZIqwAaI29eVY6vg/viewform

8. Complète ou veille à ce que soit complété les sections 10 à 12 du formulaire AH-223-1 dans un délai maximal de 15 jours et s'assure du suivi des mesures pour éviter la récurrence d'un tel événement. S'il y a délégation à un membre de l'équipe, le gestionnaire doit s'assurer que celui-ci a reçu la formation adéquate par l'équipe de gestion des risques. La conséquence à déclarer dans le formulaire AH-223-1 est celle qui est immédiate, soit celle qui est présente au moment du constat. Si la conséquence évolue dans un délai maximal de 48 heures, celle-ci doit être précisée. Au-delà de ce délai, en cas d'évolution vers une gravité F et plus, l'équipe de gestion des risques de l'établissement doit en être informée et la fiche d'événement sentinelle doit escalader selon la procédure (voir annexe 7) .
9. Si le service impliqué utilise les formulaires AH-223-1 papier, le gestionnaire transmet la copie jaune à l'agente de saisie pour son service afin que celle-ci procède à la saisie du formulaire dans l'application SISSS. (Voir cheminement du formulaire annexe 1).
10. Effectue une deuxième rencontre avec l'usager et/ou sa famille pour procéder à la divulgation complète lorsque nécessaire (Gravité D et plus). Se réfère au règlement concernant la divulgation au besoin.

    https://msss365.sharepoint.com/sites/CIUSSSSLSJ-DocumentsAdministratifs-SPO/_layouts/15/DocIdRedir.aspx?ID=COMMUN-2104091763-7574

11. Collabore et facilite la collaboration du personnel à toute analyse interne ou externe à la suite d'un accident ou d'un incident.
12. Fait la promotion et applique la philosophie de la culture juste de sécurité.
13. S'assure de l'application des recommandations formulées en matière de gestion des risques et de prestation sécuritaire des soins et services.

5.3 Agente de saisie (Pour les services qui utilisent les formulaires papier)

1. Reçoit les formulaires AH-223-1 papier et procède à la saisie de la déclaration et de l'analyse sommaire dans l'application SISSS le plus tôt possible après la réception du formulaire.
2. La saisie des formulaires concernant des événements sentinelles doit se faire immédiatement.

Règles de conservation définies par le BAnQ pour les rapports d'incident ou d'accident AH-223-1.

- Tous les formulaires papier AH-223-1 (copie jaune) qui sont des gravités F et plus ou qui sont reliés à des événements sentinelles ou dont la case événement sentinelle est cochée dans la section 12 doivent être acheminés au ***CRDI d'Alma, à l'attention de la gestion des risques***.

Les formulaires papier AH-223-1 (copie jaune) peuvent être détruits lorsque :

1. Il n'est pas relié à un événement sentinelle.
2. Vous vous êtes assuré que la déclaration et l'analyse sommaire sont bien saisies.
3. Que vous vous êtes assurée que les informations sur le formulaire papier correspondent à la saisie électronique dans l'application SISSS.
4. Les formulaires sont détruits dans des bacs confidentiels (bac gris), car il contient des données sensibles.

5.4 Équipe de la gestion intégrée des risques et prestation sécuritaire des soins et services

Conseillère en gestion des risques :

1. Conseille, supporte et forme le personnel et les gestionnaires, dans le processus de déclaration.
2. Conseille et supporte les gestionnaires ou son répondant, si besoin, dans le processus d'analyse.
3. Élabore les indicateurs afin d'être en mesure d'effectuer une vigie sur le délai de complétion des analyses sommaires, des résolutions de problèmes, des délais de divulgation, etc.
4. Exerce une surveillance du registre local dans les différentes directions ;

Pilote SISSS :

1. Pour ceux qui utilisent les formulaires papier, assure une vigie afin que les formulaires soient transmis à l'agente de saisie dans les délais prévus.
2. Effectue des audits dans le SISSS, par exemple le pourcentage d'analyses sommaires soumises et le délai de complétion.
3. S'assure de la saisie dans le registre local par les agentes de saisie.
4. S'assure que l'ensemble des formulaires papier complété est saisi en temps opportun afin d'être disponible pour le Ministère lors de la consultation du registre national.

5.5 Chef de service - Gestion intégrée des risques et prestation sécuritaire des soins et services

1. Identifie et analyse les risques d'incident en vue d'assurer la sécurité les usagers.
2. Fait état des constats de ses analyses à la direction et au comité de gestion des risques.
3. Transmet des rapports et effectue des suivis relatifs aux déclarations au comité de gestion des risques par le biais des rapports trimestriels.

5.6 Le directeur/directrice à la direction de la qualité, évaluation, performance et éthique

1. Fait un suivi des déclarations au comité de vigilance et de la qualité par le biais des rapports trimestriels.

5.7 Direction concernée

1. S'assure que la procédure de déclaration des incidents et accidents est connue et appliquée dans sa direction.
2. Effectue une vigie des événements indésirables au sein de leur direction.
3. Effectue une vigie sur les indicateurs en lien avec les AH-223-1 pour sa direction et mobilise ses gestionnaires à se mettre en action afin d'améliorer ceux-ci en présence d'écarts.
4. Met en place des indicateurs de suivis.
5. Fait la promotion et applique la philosophie de la culture juste de sécurité.

5.8 Le comité de gestion des risques stratégique

1. Reçoit les rapports relatifs aux incidents et accidents au sein du CIUSSS.
2. S'assure que les risques d'incident ou d'accident sont identifiés et analysés en vue d'assurer la sécurité les usagers.
3. A pour mandat d'assurer au conseil d'administration que l'établissement respecte les règlements, les politiques et les protocoles au regard de la gestion des risques et qu'il remplit ses obligations en ce qui a trait à la sécurité des usagers. Le comité de gestion des risques exerce donc un rôle de vigie pour la mise en place

de la gestion des risques dans l'établissement. Il se fait le promoteur de la sécurité des soins, de la culture juste de sécurité et des services offerts. Il apporte un soutien au personnel et aux professionnels dans la recherche et le développement de moyens pour accroître la sécurité des usagers.

4. Fait des recommandations au comité de vigilance sur les suites à donner aux rapports.

5.9 Le comité de vigilance et de la qualité

1. Reçoit l'information sommaire relative aux incidents et accident au sein du CIUSSS du SLSJ.
2. Fait des recommandations au CA sur les suites à donner aux rapports.

5.10 Le conseil d'administration

1. S'assure de la qualité et de la sécurité des services offerts à la clientèle desservie par le CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean, notamment en assurant une vigie des déclarations d'incidents et d'accidents par le biais du comité de vigilance et de la qualité.
2. Promouvoit et veille à l'implantation et à l'application des procédures et règlements relatifs à la prestation sécuritaire des soins et des services.
3. Reçoit, au besoin, les recommandations du comité de gestion des risques et du comité de vigilance et de la qualité.

6. Soins à domicile et Centre de détention

Dans le cadre d'une prestation de soins ou de services à domicile ou dans un centre de détention, pour qu'un événement fasse l'objet d'une déclaration par le biais du formulaire AH-223-1, il doit être survenu en présence d'un intervenant. Dans toute autre situation, c'est par une note au dossier que l'information est consignée.

On considère que des soins ou des services sont dispensés lorsque :

- Il y a prise en charge (au téléphone ou en personne, à l'ouverture du dossier, à partir du moment où le prélèvement a été effectué, etc.).
- Il existe un plan d'intervention ou un plan de soins individualisé en réponse à une demande de soins ou de services.
- Il existe des notes ou documents au dossier de l'usager ou des enregistrements qui témoignent des interventions, des soins ou services rendus ou qui les décrivent.
- Il existe des actions en attente qui requièrent une intervention de l'établissement (transmission d'une information clinique, référence à un service ou à un spécialiste, etc.).

7. Hébergement en ressource non institutionnel (RI – RTF – RA – FAP

L'établissement doit répondre de la sécurité des soins et services qu'il offre aux usagers, et ce, tant par le biais de ses employés que par celui des partenaires avec lesquels il conclut une entente ou un contrat. Ainsi, selon l'article 233.1 de la LSSSS, toute ressource qui, en vertu d'un contrat de services avec un établissement, héberge des usagers de cet établissement, doit déclarer tout incident et accident survenu à ces usagers lors de leur prestation de services. (ex. : chute, erreur de médicament, bris de confidentialité, etc.) Cette déclaration doit être faite dans le respect de la politique et des procédures de l'établissement avec lequel le partenaire a une entente.

Comme il s'agit d'offrir à ces usagers un milieu de vie qui se rapproche le plus possible des conditions de vie normale, ces enfants et ces adultes peuvent ainsi être mis dans des situations d'apprentissage (vélo, patin, etc.). La prestation de soins peut aussi être momentanément interrompue lorsque l'usager quitte la ressource et qu'il est pris en charge par une autre entité responsable (école, parent, employeur, etc.). Ces événements ne doivent pas être déclarés sur

un rapport AH-223-1, cependant ils doivent être portés à la connaissance de l'intervenant de l'usager qui pourra en faire l'évaluation, en voici des exemples:

- Un jeune en famille d'accueil chute en se rendant à l'école. C'est la situation normale que l'on retrouve dans les familles. À moins qu'un niveau de surveillance exigée n'est pas été respecté, nous ne sommes pas en prestation de services.
- Un enfant tombe en apprenant à marcher ou en faisant de la bicyclette. Il s'agit d'un apprentissage normal, ce n'est pas un accident évitable.
- Lors des congés temporaires dans un contexte d'hospitalisation ou d'hébergement, la prestation de soins est momentanément interrompue jusqu'au retour de l'usager.

Voici des exemples où la prestation de services est continue et nécessite une déclaration à l'aide du formulaire AH-223-1 si un événement se produit :

- Lors de sorties permises alors qu'un jeune est sous la protection de la Loi sur le système de justice pénale pour adolescent (LSJPA). Il s'agit d'un placement sous garde, soit une forme de détention, on doit donc assurer une surveillance étroite.

8. Événements répétitifs

Il arrive, dans un contexte de soins et de services, que des événements deviennent prévisibles et se produisent à répétition. Ces événements sont souvent reliés à la condition particulière de l'usager. Trois types d'événements peuvent être considérés dans les événements répétitifs soit les chutes pour les usagers hébergés ou hospitalisés, l'automutilation et les fugues.

Au préalable, une évaluation doit être faite et un plan d'intervention spécifique à l'usager doit être élaboré. Lorsque l'ensemble des prérequis est en place, une déclaration est faite seulement lorsque le plan d'intervention n'est pas respecté ou que les conséquences sont plus importantes, ou différentes, de celles découlant habituellement de ce type d'événement.

Le processus mis en place afin d'encadrer cette pratique est : la grille de récurrence pour un événement répétitif.

Une grille (annexe 2), des prérequis (annexe 3) et un algorithme d'aide à la décision (annexe 4) ont été élaborés pour guider ce processus.

Spécificités pour les fugues :

Adultes	Mineurs
En RI-RTF, doit obligatoirement faire l'objet d'une déclaration AH-223-1 si le niveau de surveillance déterminé pour cet usager n'a pas été assuré.	Unité de vie fermée : AH-223-1 systématique pour toutes les fugues.
	Unité de vie ouverte : doit obligatoirement faire l'objet d'une déclaration AH-223-1 si la fugue survient malgré l'application des mesures visant à empêcher le jeune de quitter les installations de l'établissement.
	En RI-RTF, doit obligatoirement faire l'objet d'une déclaration AH-223-1 si le niveau de surveillance déterminé pour cet usager n'a pas été assuré.

8.1 Automédication en institution

Les usagers sont sous la responsabilité de l'établissement. Il faut donc s'assurer que l'automédication est prise selon l'ordonnance et déclarer tous les événements reliés au non-respect de celle-ci. Par exemple, si un usager prend la médication dans la mauvaise case de sa dosette de médicament, il faut compléter un AH-223-1.

8.2 Lors de l'application de mesures de contrôle

Un formulaire AH-223-1 doit être rempli lorsque le protocole d'application des mesures de contrôle n'a pas été appliqué, lorsqu'il n'a pas été respecté ou encore lorsque l'usager a été blessé lors de son application. Dans ces différentes situations, la sécurité de l'usager est compromise.

Ex. : Piégeage de lit, contention abdominale mal installée.

8.3 Événements qui touchent plusieurs usagers

Ce type d'événement peut survenir en présence, par exemple, de problèmes d'équipement, de retraitement, de test diagnostique, etc. Il nécessite alors :

1. Un formulaire AH-223-1 doit être rempli pour chaque usager touché.
2. Un registre incluant la liste des usagers potentiellement touchés doit être constitué afin d'assurer la traçabilité, le suivi et la gestion efficace de cet événement.

8.4 Alertes ou rappels d'équipements ou de fournitures

Tous les établissements reçoivent fréquemment des alertes ou des rappels provenant de fabricants, de distributeurs, de compagnies ou encore d'organismes publics (Santé Canada, Institut national de Santé publique du Québec, etc.) concernant des équipements, médicaments ou autres fournitures et faisant état de problèmes quant à leur utilisation.

Ces alertes ou rappels ne doivent pas faire l'objet d'une déclaration systématique au formulaire AH-223-1.

Toutefois, si les équipements, les médicaments ou les autres fournitures rappelés continuent d'être utilisés malgré l'alerte ou le rappel, l'événement devra alors être déclaré par l'entremise du formulaire AH-223-1. Si l'événement implique plusieurs usagers, la marche à suivre est celle qui est décrite à la section 6.7.

8.5 Événements survenus dans l'établissement ou sur la propriété de ce dernier et hors du contexte de prestation de soins ou de services

Avant ou après un rendez-vous médical, ou encore une fois le congé signé, l'usager devient un visiteur, car il n'est pas ou n'est plus en prestation de soins ou de services. Ces événements ne doivent pas être déclarés sur le formulaire AH-223-1. Ils doivent cependant être documentés au dossier de l'usager. En cohérence avec les principes d'amélioration continue de la qualité, une analyse de l'événement doit tout de même être effectuée par le gestionnaire afin de mettre des contre-mesures en place pour améliorer ses services au besoin.

Cependant, si l'événement est de gravité sentinelle une fiche d'événements sentinelle doit-être acheminée à la gestion des risques.

8.6 En présence d'un événement lié au retraitement des dispositifs médicaux (RARDM)

Ce type d'événement se produit presque exclusivement dans les secteurs de stérilisation et au bloc opératoire, mais peut également se produire dans les secteurs où a lieu de la désinfection de haut niveau (ex. : trophon en périnatalité).

Pour tous les rapports AH-223-1 déclarés en lien avec le retraitement d'un dispositif médical, en plus de l'analyse sommaire, une analyse détaillée doit aussi être complétée par le gestionnaire. Cette analyse détaillée RARDM fait l'objet d'un suivi particulier de la part du MSSSS.

Rôles et responsabilités spécifiques aux RARDM en plus des rôles identifiés pour la déclaration AH-223-1 à la section 5

Gestionnaire de l'URDM (unité de retraitement des dispositifs médicaux) concerné

1. Procède immédiatement au rappel du matériel touché si nécessaire.
2. Prend une photo du DM (dispositifs médicaux).
3. Si présence de débris tissulaire, de liquide biologique ou de sang présumé, conserve les débris adéquatement pour analyse.
4. Retire les DM (dispositifs médicaux) concernés par le retraitement inadéquat et les met en quarantaine en attendant l'avis du répondant d'établissement RDM.
5. Identifie les usagers touchés, les facteurs de risques sous-jacents, la présence d'infections associées, si possible.
6. Met hors service si cela concerne un appareil défectueux.
7. Met en branle la cascade de communication des événements sentinelles, si l'événement correspond aux définitions de la procédure PRO-PS-DQEPE-00-02.

   https://msss365.sharepoint.com/sites/CIUSSSSLSJ-DocumentsAdministratifs-SPO/_layouts/15/DocIdRedir.aspx?ID=CLIN-1508332343-6533
8. S'il y a un risque de conséquences pour l'usager (gravité D et plus), avise le répondant de l'établissement.
9. Effectue l'analyse détaillée RARDM dans les 30 jours suivant la déclaration et met des mesures en place en collaboration avec les différents intervenants.

Service de prévention et contrôle des infections

1. Au besoin, collabore à l'analyse détaillée RARDM.

Répondant d'établissement

1. Fait le lien avec la direction des services professionnels (DSP).
2. Assure une vigie en lien avec les accidents reliés au RDM et s'assure que les formulaires d'analyse soient remplis.
3. Assure le suivi des plans d'action aux instances concernées au besoin.
4. S'assure que les événements indésirables liés au RDM soient déclarés au niveau local.
5. Supporte les équipes de RDM lorsqu'un événement en RDM survient dans une de ses installations et assure le suivi avec le centre d'expertise en retraitement des dispositifs médicaux (CERDM), selon le cas.

Direction de la qualité,évaluation, performance et éthique (DQEPE)

1. S'assure du suivi et des redditions de compte au MSSS.

8.7 Lorsqu'un événement implique des partenaires externes

Lorsqu'un événement implique des partenaires (ex. : pharmacie communautaire, transport ambulancier, transport médical spécialisé, etc.), il doit être déclaré par le biais du formulaire AH-223-1 et la déclaration doit être déposée à son dossier.

L'établissement doit en effet répondre de la sécurité des soins et des services qu'il offre aux usagers, et ce, tant par le biais de ses employés que des partenaires avec lesquels un contrat ou une entente ont été conclus.
Le lien avec le partenaire se fait alors par le gestionnaire du secteur concerné pour effectuer l'analyse avec celui-ci et s'assurer que des mesures soient mises en place par le partenaire. Aucune copie du AH-223-1 ne doit être transmise au partenaire, il est confidentiel au même titre que le dossier de l'usager.

Pour se faire, il est important de bien compléter la section 2 du formulaire « Lieu où s'est produit l'événement ». Par exemple, si l'événement s'est produit dans une pharmacie communautaire à Alma il faut inscrire dans milieu de service « pharmacie Alma » et dans endroit précis « pharmacie communautaire », ainsi c'est la personne responsable des analyses sommaires de la pharmacie à Alma qui recevra le AH-223-1 par courriel. Autre exemple, si l'événement implique notre partenaire ambulancier, il faut inscrire à la section 2 « Service préhospitalier » et dans endroits précis « Autre – ambulance ».

8.8 Actes délégués

Lorsqu'un événement survient lors de l'application d'un acte délégué à un employé qui n'est pas employé par notre établissement, par exemple un préposé aux bénéficiaires de la commission scolaire qui effectue des actes délégués par l'infirmière de la santé scolaire, un AH-223-1 doit être complété, mais seulement pour les événements en lien avec les actes délégués, toutes les autres tâches de ce travailleur ne doivent pas faire l'objet d'un AH-223-1.

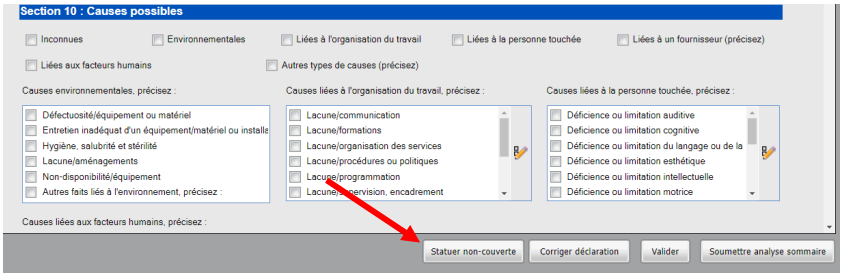
Ex.: Un PAB d'une RPA donne la mauvaise dose d'une médication qui lui a été déléguée par l'infirmière du SAD.

8.9 Suicide ou tentative de suicide

Utiliser l'algorithme d'aide à la décision (Annexe 5).

Particularités pour le gestionnaire lors de l'analyse sommaire des déclarations suicide :

- Pour les usagers hospitalisés, les usagers en centre de réadaptation ou hébergés en CHLSD, RI, RTF ou RAC, procéder à l'analyse sommaire dans le SISSS comme tous les autres types d'événements, soit compléter celle-ci et la soumettre par la suite (case 1 dans l'annexe 5).
- Pour tous les autres cas (case 2 à 6 dans l'algorithme de l'annexe 5), compléter l'analyse sommaire et l'enregistrer (ne pas la soumettre). Par la suite, allez dans la section « Autres actions » du SISSS et sélectionner « Statuer non couverte ». Le système demandera la raison, inscrire « Pas en cours de prestation de soins ».



8.10 Agression

Agression d'un usager envers un autre usager

On doit déclarer systématiquement cet événement au formulaire AH-223-1 pour l'usager agressé, en y précisant l'identité de l'usager qui a commis l'agression par son numéro de dossier.

Si l'usager qui a commis l'agression a également été blessé lors de l'événement, un formulaire AH-223-1 doit aussi être rempli pour lui.

Cet événement doit être signalé au commissaire local aux plaintes et à la qualité des services de l'établissement si l'usager blessé :

- Est une personne hébergée dans une installation maintenue par un établissement ou qui reçoit des soins ou des services des partenaires de l'établissement.
- Est sous tutelle ou curatelle ou est protégé en vertu d'un mandat de protection homologué.

Si l'usager blessé ne correspond pas à ces catégories, un signalement doit également être fait à la commissaire aux plaintes et à la qualité des services, conformément aux dispositions de la politique adoptée par l'établissement en vertu de la Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité.
https://msss365.sharepoint.com/sites/CIUSSSSLSJ-Gestiondedocuments-SPO/_layouts/15/DocIdRedir.aspx?ID=CLIN-1508332343-8819

Agression d'un usager envers toute autre personne

Cet événement doit faire l'objet d'une déclaration au formulaire AH-223-1 uniquement lorsque l'usager se blesse lors de l'événement.

Agression d'un prestataire de soins ou de services envers un usager

Cet événement doit faire l'objet d'une déclaration systématique au formulaire AH-223-1 pour l'usager agressé pour tous les types de clientèles.

Cet événement doit également être signalé au commissaire local aux plaintes et à la qualité des services de l'établissement si l'usager blessé :

- Est une personne hébergée dans une installation maintenue par un établissement qui exploite un CHSLD au sens de la LSSSS.
- Est sous tutelle ou curatelle ou est protégé en vertu d'un mandat de protection homologué.

Si l'usager blessé ne correspond pas à ces catégories, un signalement doit également être fait, conformément aux dispositions de la Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité.

8.11 Erreurs liées au dossier

Aide à la décision annexe 6 .

8.12 Suis-je en présence d'une problématique de compétence individuelle ou de processus ?

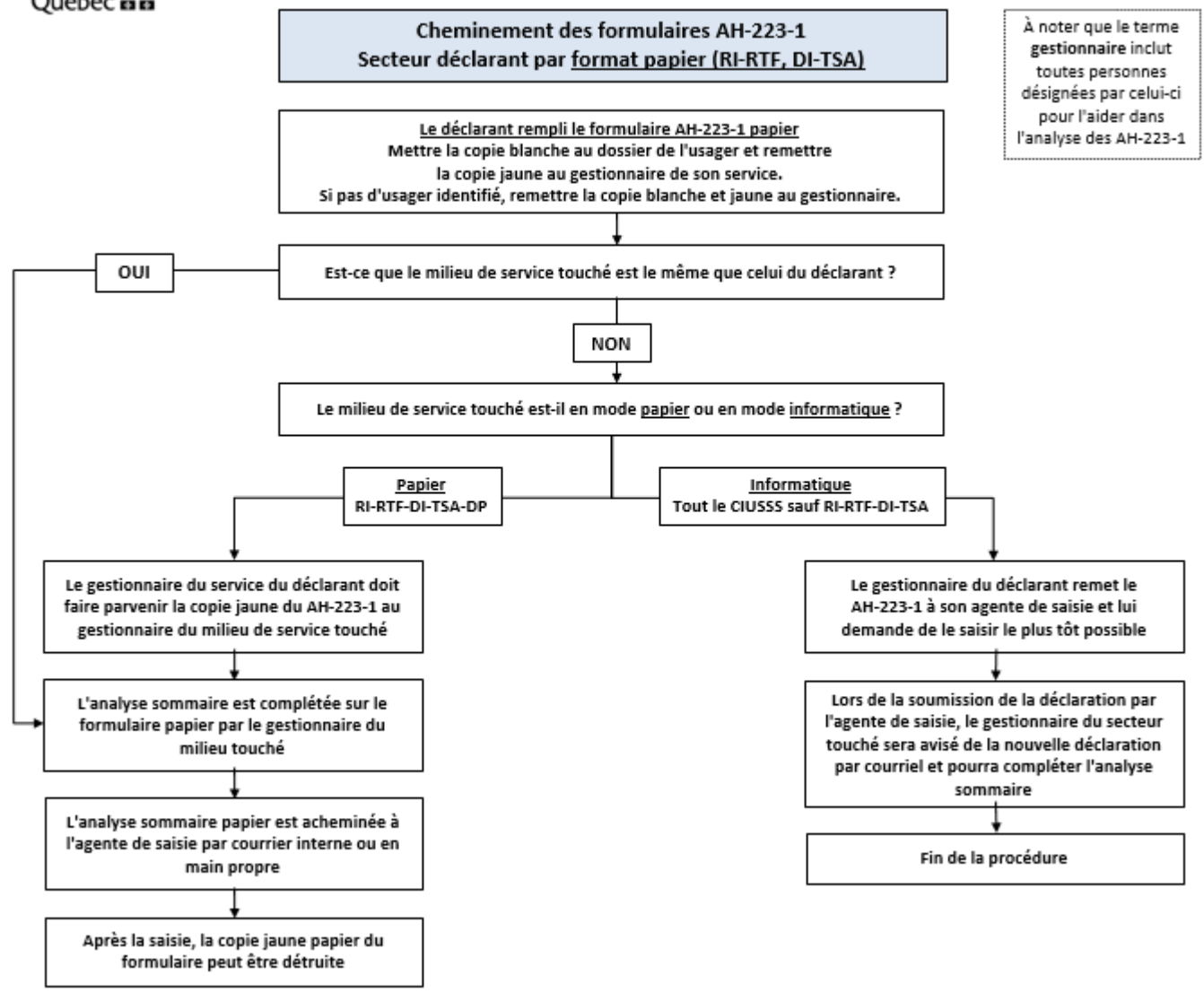
Aide à la décision annexe 8 .

ANNEXE 1

Cheminement des formulaires AH-223-1 : Format papier (RI-RTF, DI-TSA)

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean
Québec

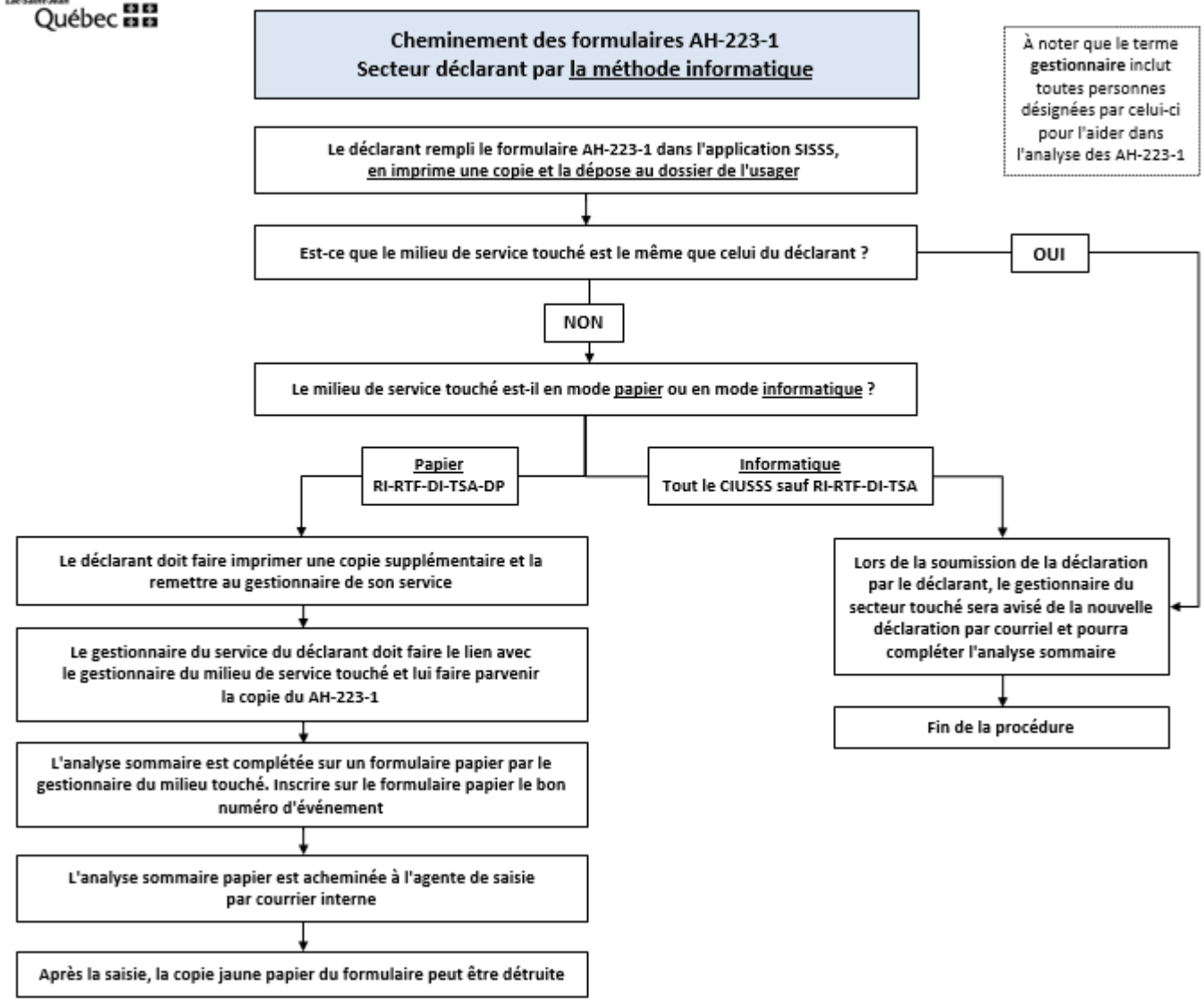
Mise à jour : 2021-10-15



ANNEXE 1 (suite)

Cheminement des formulaires AH-223-1 : Méthode informatique

Mise à jour : 2021-10-15



ANNEXE 2

Grille de récurrence pour les événements *répétitifs

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean
Québec

☐ Jonquière
☐ La Baie
☐ Chicoutimi
☐ Maria Chapdelaine
☐ Lac-Saint-Jean-Est
☐ Domaine-du-Roy

REG0170

GRILLE DE RÉCURRENCE

No dossier : _____

Nom, prénom de l'usager _____

_____

Date de naissance : _____ ☐ M ☐ F

N.A.M. : _____

Nom, prénom mère : _____

Comportement récurrent : _____ Conséquences habituelles identifiées : _____

Mois : _____ Date de la dernière mise à jour du plan d'intervention interdisciplinaire : _____

Date / Heure	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
0 h																															
1 h																															
2 h																															
3 h																															
4 h																															
5 h																															
6 h																															
7 h																															
8 h																															
9 h																															
10 h																															
11 h																															
12 h																															
13 h																															
14 h																															
15 h																															
16 h																															
17 h																															
18 h																															
19 h																															
20 h																															
21 h																															
22 h																															
23 h																															

ANNEXE 3

Prérequis pour l'utilisation de la grille de récurrence

	CHUTES	AUTOMUTILATION	FUGUES
***Répétitifs**	**Qui se produit une fois et plus par semaine**	**Qui se produit en moyenne une fois par semaine et plus, sur deux *épisodes minimum**	**Qui se produit une fois et plus par semaine**
Prérequis :	▪ **L'usager doit être hospitalisé ou hébergé (CHSLD, RI-RTF) depuis plus de 60 jours**	▪ Avoir une évaluation par l'équipe clinique.	▪ Une fugue en milieu de vie fermé doit faire l'objet systématique d'un AH-223-1
	▪ Avoir fait une révision de la médication avec le médecin et/ou le pharmacien. **Si changement de médication il doit y avoir une période d'attente de 7 jours.**	▪ Présence d'un plan d'intervention interdisciplinaire en lien avec le comportement récurrent.	▪ L'usager doit être hébergé (CHSLD, RI-RTF) depuis plus de 60 jours
	▪ Avoir mis en place le processus de la gestion préventive des chutes.	▪ Avoir mis en place les mesures et recommandations du plan d'intervention interdisciplinaire.	
	▪ Présence d'un plan d'intervention interdisciplinaire en lien avec le comportement récurrent.	▪ Avoir convenu de l'application de la grille en rencontre interdisciplinaire et avoir clarifié les conséquences habituelles pour l'usager au cours de celle-ci. Les inscrire sur la grille.	
	▪ Avoir mis en place les mesures et recommandations du plan d'intervention interdisciplinaire.	▪ Avoir donné les informations sur la démarche à l'usager, à la famille ou aux parents (< 14 ans) pour clarifier la notion de divulgation et avoir documenté au dossier la rencontre et la précision sur la divulgation.	
	▪ L'usager ou sa famille connaissent le risque de chute et le considèrent comme un événement prévisible.	▪ Dans le cas d'un curateur public ou de tutelle, lui donner les explications sur le mode de fonctionnement.	
	▪ Avoir donné les informations sur la démarche à l'usager ou à la famille pour clarifier la notion de divulgation et avoir documenté au dossier la rencontre et la précision sur la divulgation.		
	▪ Avoir convenu de l'application de la grille en rencontre interdisciplinaire et avoir clarifié les conséquences habituelles pour l'usager au cours de celle-ci. Les inscrire sur la grille.		
	▪ Dans le cas d'un curateur public, lui donner les explications sur le mode de fonctionnement.		

*Épisode : Période de temps où l'usager s'automutile suivi d'une période sans mutilation.

ANNEXE 4

Algorithme pour l'utilisation de la grille de récurrence

Mise à jour : 2021-10-15

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de Saguenay-Lac-Saint-Jean
Québec

Algorithme pour l'utilisation de la grille de récurrence Chute, Automutilation, Fugue

IMPORTANT : L'utilisation de la grille de récurrence doit être réévaluée chez l'usager selon l'évolution de son état et/ou de son plan d'intervention interdisciplinaire.

L'événement *répétitif ciblé par l'équipe interdisciplinaire se produit
* Répétitif: Voir la définition selon le type d'événement (annexe 3)

QUESTION
La cause de l'événement répétitif est-elle :
- **Environnementale** (ex.: lacune aménagement, eau par terre, chaise brisée).
- **Liée aux facteurs humains** (ex.: connaissance insuffisante de l'usager, distraction).
- **Liée à l'organisation du travail** (ex.: lacune communication, lacune procédure).
- **Un type de cause inhabituelle chez l'usager.**
- **Niveau de surveillance déterminé non assuré, fugue usager mineur en unité de vie ouverte: non-respect de l'application des mesures.**

OUI →
- **Remplir un AH-223-1.**
- **Documenter au dossier selon le processus usuel.**
- **Identifier et mettre en œuvre les mesures de prévention selon la cause.**
- **Faire la divulgation à l'usager / famille selon le niveau de gravité.**

NON ↓

QUESTION
Le plan d'intervention interdisciplinaire en lien avec le comportement récurrent a-t-il été suivi? (Exemples de consignes: marchette accessible, reconduire à la salle de bain aux heures prévues, bon niveau de surveillance, etc.).

NON →
- **Remplir un AH-223-1.**
- **Documenter au dossier selon le processus usuel.**
- **Identifier et mettre en œuvre les mesures de prévention selon la cause.**
- **Faire la divulgation à l'usager / famille selon le niveau de gravité.**

OUI ↓

QUESTION
Les conséquences de l'événement sont-elles plus importantes que celles que l'on voit habituellement chez cet usager?

OUI →
- **Remplir un AH-223-1.**
- **Documenter au dossier selon le processus usuel.**
- **Identifier et mettre en œuvre les mesures de prévention selon la cause.**
- **Faire la divulgation à l'usager / famille selon le niveau de gravité.**

NON ↓
- **Faire le suivi de l'usager et la surveillance requise.**
- **Faire la note au dossier qui documente l'événement.**
- **Compléter les documents usuels du secteur d'activité.**
- **Mettre un crochet dans la grille de récurrence de l'usager.**
- **Faire la divulgation ou non selon le plan d'intervention de l'usager.**

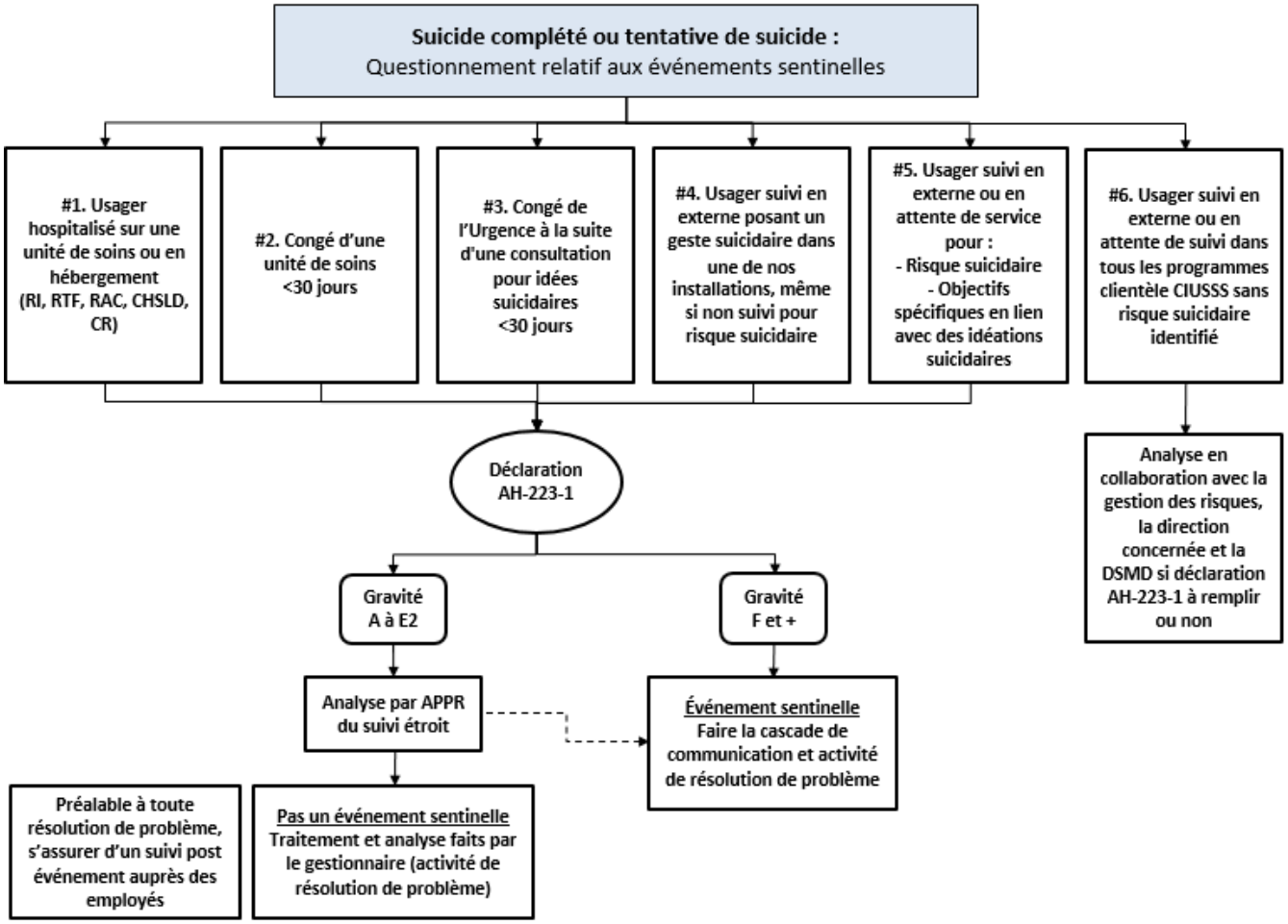
ANNEXE 5

Suicide complété ou tentative de suicide : questionnement relatif aux événements sentinelles

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean
Québec

Mise en contexte : Cet outil est une aide à la décision. L'objectif de son utilisation est d'avoir une vision commune permettant l'amélioration continue des processus en lien avec les bonnes pratiques en prévention et évaluation du suicide.

Mise à jour : 2021-10-15



* Pour toute situation exceptionnelle, une analyse de la situation doit être effectuée en collaboration avec la gestion des risques, la direction concernée et la DSMD.

ANNEXE 6

Aide à la décision pour les documents retrouvés dans les mauvais dossiers

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean
Québec

Mise à jour : 2021-10-15

Mise en contexte : Cet outil est une aide à la décision. L'objectif de son utilisation est d'avoir une vision commune permettant l'amélioration continue des processus en lien avec les archives.

Aide à la décision pour les documents retrouvés dans les mauvais dossiers

Est-ce que le document est aussi présent au dossier de l'usager à qui il appartient ?

OUI → *AH-223-1 au nom de l'usager du dossier où a été trouvé le document (il a pu recevoir un traitement qui ne lui était pas destiné).

NON → **Faire deux formulaires *AH-223-1**

- Un pour l'usager du dossier **où a été trouvé le document** (il a pu recevoir un traitement qui ne lui était pas destiné).
- Un au nom de l'usager du dossier **à qui appartient le document** (il peut y avoir une absence ou un retard de traitement).

Document trouvé dans le mauvais dossier AVANT ou APRÈS la numérisation ?

AVANT → ** Inscrire comme lieu de l'événement le secteur d'activité ou unité de soins où l'erreur de classement s'est produite.

APRÈS → ** Inscrire comme lieu de l'événement « Archives ».

AH-223-1 papier : la copie jaune du formulaire doit être acheminée au gestionnaire qui correspond au lieu de l'événement par courrier interne.

AH-223-1 électronique : imprimer une copie pour le dossier de l'usager. Le gestionnaire recevra le formulaire automatiquement dans le système SISSS lorsqu'il sera soumis par le déclarant.

***AH-223-1 :** Lors de l'analyse sommaire, le gestionnaire qui reçoit un AH-223-1 en lien avec une erreur liée au dossier doit faire l'évaluation des conséquences pour l'usager concerné. Dans tous les cas, l'usager est toucher et l'indice de gravité est **minimalement un C** .

****Lieu d'événement** : Ex.: Si l'erreur de classement s'est produite sur l'unité de chirurgie, le lieu de l'événement doit être « unité de chirurgie ».

ANNEXE 7
Échelle de gravité

ÉCHELLE DE GRAVITÉ DES INCIDENTS / ACCIDENTS
Si la conséquence évolue dans un délai maximal de 48 heures, celle-ci doit être précisée dans le SISSS

INCIDENTS

A

Circonstance ou situation à risque de provoquer un événement indésirable ou d'avoir des conséquences pour l'usager.
- Tuile du revêtement de plancher brisée, flaque d'eau sur le plancher.
- Chariot de médicaments non verrouillé dans le corridor. Un instrument oublié sur un chariot (ex. : ciseaux).
- Au moment de l'inspection d'une chambre, un intervenant trouve une arme artisanale.
- Étiquette sur contenant ou sachet de médications qui se décolle ou n'est pas en bon état.
- Ridelles de lit défectueuses.

B

Un événement indésirable est survenu, mais l'usager n'a pas été touché. (Échappée belle).
- La pharmacie a livré le mauvais médicament et le personnel infirmier s'aperçoit de l'erreur avant qu'un usager soit touché.
- Défectuosité du levier pour effectuer les transferts repérés avant utilisation.
- Une médication est laissée sans surveillance dans une famille d'accueil.

ACCIDENTS

Divulgation facultative

C

Un événement indésirable est survenu, a touché l'usager, sans lui causer de conséquence. Présence d'inconvénients qui ne requièrent aucune intervention additionnelle particulière (ni premiers soins, ni surveillance, ni tests ou examens pour vérifier l'absence de conséquences, ni modification au plan d'intervention).
- Un usager a reçu la mauvaise dose ou omission de médicaments (ex. : acétaminophène, pantoloc, etc.), mais cela n'a eu aucune conséquence.
- Usager en isolement passe un examen dans un autre service, personnel non avisé, lieu non désinfecté pour les usagers suivants. Si aucun test de dépistage n'est requis.
- Un résident en RI fugue et est retrouvé rapidement et n'a aucune conséquence.

DIVULGATION OBLIGATOIRE

D*

Un événement indésirable est survenu, a touché l'usager et des vérifications additionnelles (surveillance, tests ou examens physiques, modification au plan d'intervention, accompagnement) ont dû être faites pour vérifier la présence ou l'apparition de conséquence.
- Un usager a reçu la mauvaise ou omission de dose d'insuline. Des contrôles glycémiques sont requis pour s'assurer que la glycémie demeure dans les limites normales.
- Un usager trouvé par terre. On procède à un examen physique afin de s'assurer qu'il n'y a pas de blessure.
- Usager en isolement passe un examen dans un autre service, personnel non avisé, lieu non désinfecté pour les usagers suivants. Avec test de dépistage requis.
- Un rendez-vous est annulé par erreur, il doit y avoir validation de conséquence.

E1

Un événement indésirable est survenu, a touché l'usager et est à l'origine de conséquences mineures et temporaires n'exigeant que des interventions non spécialisées (premiers soins, pansement, glace, désinfection, manœuvre de Heimlich).
- Lors d'une intervention en physiothérapie, la défectuosité d'un équipement d'électrothérapie cause des brûlures superficielles.
- Un usager s'éraffle la main sur son fauteuil roulant. On désinfecte la plaie et on applique un pansement.
- Un jeune s'automutile et s'inflige des blessures superficielles avec un trombone. On procède à une désinfection.
- Des manœuvres de Heimlich sont entreprises à la suite d'une aspiration.

E2

Un événement indésirable est survenu, a touché l'usager et est à l'origine de conséquences temporaires nécessitant des soins, services, interventions ou traitements spécialisés qui vont au-delà des services courants (RX, consultation, examens de laboratoire), mais qui n'ont aucun impact sur la nécessité/durée de l'hospitalisation ou de l'épisode de soins.
- Un usager a fait une chute occasionnant une lacération profonde du cuir chevelu. Des points de suture sont nécessaires.
- Un usager se fait mordre par le chien de sa famille d'accueil. Des tests sanguins sont nécessaires et un vaccin est administré.
- Suite à une erreur liée à la médication, des effets secondaires sont constatés et on doit lui administrer un antidote.
- La prothèse dentaire d'un usager est brisée lors du nettoyage par un membre du personnel. Une consultation est nécessaire afin de remplacer la prothèse.
- Un usager en santé mentale prend de la médication qu'il avait envers lui lors de son hospitalisation, des prises de sang doivent être faites pour connaître certaine concentration sanguine.

ÉVÉNEMENT SENTINELLE

F

Un événement indésirable est survenu, a touché l'usager et est à l'origine de conséquences temporaires et qui ont un impact sur la nécessité/durée de l'hospitalisation ou de l'hébergement.
- Un usager s'est infligé une blessure en faisant une chute. Une hospitalisation est nécessaire.
- Surdosage de RX nécessitant une surveillance aux soins intensifs et une consultation en médecine interne.
- Un usager doit être hospitalisé plus longtemps, car on lui a administré une médication dont il était allergique (allergie connue).
- Un jeune en famille d'accueil fait une tentative de suicide en avalant des produits toxiques. Il est hospitalisé aux soins intensifs où il est gardé en observation pour quelques jours.

G

Un événement indésirable est survenu, a touché l'usager et est à l'origine de conséquences permanentes sur ses fonctions physiologiques, motrices, sensorielles, cognitives, psychologiques (altération, diminution ou perte de fonction, d'autonomie).
- Suite à l'administration d'une trop grande quantité de médicaments (surdose), l'usager présente des séquelles permanentes (ex. : surdité).
- Bracelet anti fugue non fonctionnel. Usager porté disparu depuis 2 heures. Retrouvé en pyjama à l'extérieur alors qu'il fait -25 ° C. Hypothermie et engelure aux pieds. Hospitalisation requise et amputation de deux orteils.
- Un usager en DI-TSA perd deux doigts lors d'un atelier de menuiserie supervisé par les employés du CIUSSS.
- Un usager fait une chute, se fracture une hanche. Il est placé en soins de confort.

H

Un événement indésirable est survenu, a touché l'usager et est à l'origine de conséquences nécessitant des interventions de maintien de la vie (intubation, ventilation assistée, réanimation cardio-respiratoire).
- Lors d'une épreuve diagnostique en imagerie médicale, la solution de contraste i/v a été remplacée par erreur par une autre substance, ce qui a provoqué des dommages cérébraux irréversibles. Transfert aux soins intensifs, ventilation assistée.
- Une pompe PCA est défectueuse et un usager reçoit une dose supérieure de narcotique, provoquant une détresse respiratoire sévère. Une ventilation assistée et l'administration d'une dose de Narcan sont nécessaires.

I

Un événement indésirable est survenu, a touché l'usager et est à l'origine de conséquences qui ont contribué à son décès.
- Chute d'un usager dans la cage d'escalier, traumatismes multiples occasionnant la mort.
- Surdose de narcotique provoquant un arrêt cardio-respiratoire et décès.
- Un usager, connu pour une allergie alimentaire sévère, a été en contact avec un ou des aliments auxquels il est allergique. Son décès a été constaté par la suite.

*À partir du moment où on doit faire des tests ou procéder à des examens, on doit obtenir le consentement éclairé de l'usager. On doit donc l'informer des raisons justifiant ces interventions non prévues.

ANNEXE 8

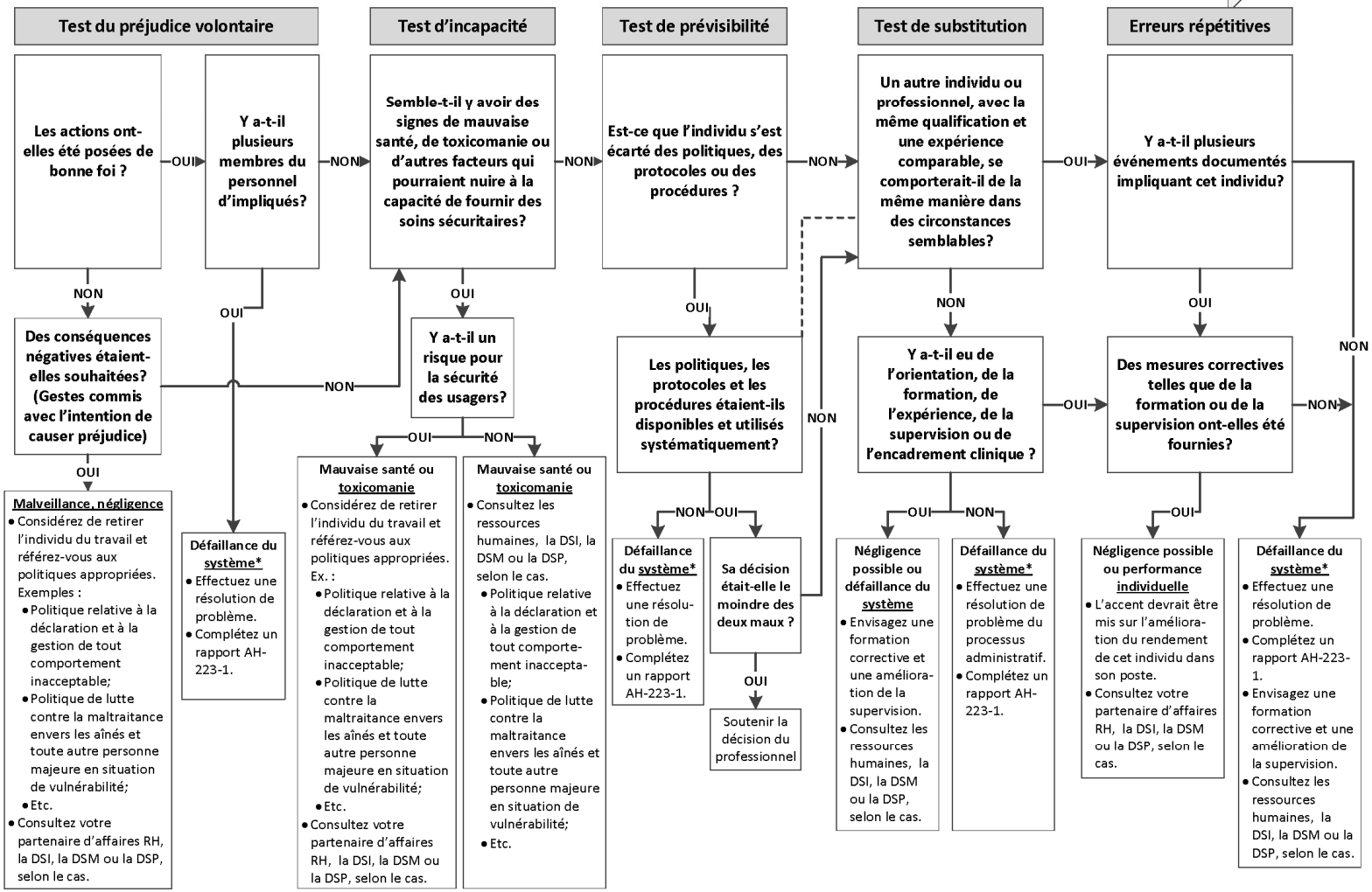
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean
Québec

Aide à la décision pour s'assurer de l'analyse de tous nos processus dans l'optique d'une culture juste de sécurité

Mise à jour : 2021-10-22

Commencez ici

Objectif : Éviter le blâme - Différencier un acte commis de bonne foi vs un acte répréhensible



Compléter un rapport de déclaration d'incident ou d'accident AH-223-1, selon la gravité de l'événement, la résolution de problème sera effectuée par le gestionnaire lui-même ou soutenu par l'équipe de la gestion des risques. Procédure gestion des événements sentinelles PRO-PS-QEPE.002.

Une analyse des principales causes sera effectuée pour tous les événements de sécurité des patients qui répondent à la définition d'un événement sentinelle du CIUSSS.

Adapté de la traduction du centre linguistique de Jonquière du modèle de culpabilité de James Reason, un adapté de l'Agence nationale de la sécurité des patients du service national de santé britannique. Reprinted with permission from LUMC, June 2008

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
du Saguenay–
Lac-Saint-Jean
Québec