

PROCÉDURE		DÉPARTEMENT : DIRECTION GÉNÉRALE
PROCÉDURE CONCERNANT LA GESTION DES INCIDENTS ET ACCIDENTS SURVENUS DANS LE CADRE DE LA PRESTATION SÉCURITAIRE DE SOINS ET SERVICES AUPRÈS DES USAGERS		Version n° 2
Destinataires : Employés, stagiaires, bénévoles et médecins de l'établissement, les ressources contractuelles ou communautaires		
Responsable de l'application : Adjointe PDG — Qualité, évaluation, performance, éthique, soutien et administration		
Signature : <u>LU ET APPROUVÉ PAR</u> <u>6 juin 2018</u> Présidente-directrice générale Date		

1. PRÉAMBULE, OBJECTIF ET BUTS

Cette procédure s'inscrit dans la mise en place d'une culture juste de la sécurité des soins et services, centrée sur l'utilisateur et ses proches, afin de réduire les accidents évitables liés à la prestation de soins et services.

La présente procédure a pour but d'opérationnaliser l'obligation de déclarer tout incident ou accident survenu dans le cadre de la prestation sécuritaire des soins et services pour tous les employés, stagiaires, bénévoles et médecins de l'établissement exerçant au sein de l'établissement, ainsi que pour tout employé des ressources contractuelles ou communautaires.

La présente procédure vise également la mise en place d'un processus des principales actions à poser afin d'assurer une prestation sécuritaire de soins et services auprès des usagers et ce, en milieu institutionnel ou auprès de ressources intermédiaires, de type familial, contractuel ou d'un organisme communautaire qui offre des services d'hébergement temporaire pour l'établissement.

La présente procédure vise aussi à encadrer le suivi de ces événements, c'est-à-dire la mise en place des mesures de prévention de la récurrence des événements indésirables.

Le processus de divulgation aux usagers est encadré par le règlement 2.10 *Règlement relatif à la divulgation de l'information nécessaire à un usager à la suite d'un accident* et par la procédure 5.65 *Procédure de divulgation des incidents et accidents survenus dans le cadre de la prestation sécuritaire de soins auprès des usagers*.

La présente procédure ne doit pas être confondue avec la déclaration des incidents et accidents de travail qui est définie dans la procédure 5.71 *Procédure de gestion intégrée en matière de santé et sécurité du travail*.

Approuvé le : 11 décembre 2007	Entrée en vigueur le : Date de la signature	Révisée le : 6 juin 2018	Abrogée le :	Page 1 de 19
--	---	------------------------------------	---------------------	------------------------

2. CADRE JURIDIQUE

La Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux.

Cette procédure découle également des politiques et règlements internes suivants :

- 2.10 Règlement relatif à la divulgation de l'information nécessaire à un usager à la suite d'un accident;
- 3.41 Politique de gestion intégrée des risques ;
- 3.42 Politique de déclaration des incidents et accidents survenus dans le cadre de la prestation sécuritaire de soins auprès des usagers;
- 3.57 Politique de gestion intégrée de la performance.

3. CHAMPS D'APPLICATION

Cette procédure s'applique à tout employé, stagiaire, bénévole, ou médecin des centres de santé ainsi qu'aux directions de l'établissement afin d'identifier les situations à risque, de les analyser, de les contrôler et d'évaluer le processus.

Cette procédure s'applique également aux employés et gestionnaires des ressources contractuelles ou communautaires.

Malgré les modifications apportées par la mise en place du projet Optilab, les employés des laboratoires sont également concernés par cette procédure puisque leurs services sont offerts aux usagers du CRSSS de la Baie-James. La façon de faire pourrait être appelée à changer selon les directives du MSSS et les modifications éventuelles au Système d'information sur la sécurité des soins et services (SISSS).

Les infections nosocomiales doivent être signalées à l'infirmière en prévention des infections. Par contre, certains événements, tels que le non-respect des précautions additionnelles, doivent être signalés en complétant le rapport de déclaration (AH-223-1).

Les événements en lien avec le matériel et l'équipement, qu'il y ait conséquence ou non pour l'utilisateur, doivent également être signalés en complétant le rapport de déclaration (AH-223-1).

Les événements en lien avec les services transfusionnels doivent être déclarés en complétant le formulaire AH-520 *Rapport d'événement indésirable associé à la transfusion*.

Approuvé le :	Entrée en vigueur le :	Révisée le :	Abrogée le :	Page
11 décembre 2007	Date de la signature	6 juin 2018		2 de 19

Les événements en lien avec les incidents et accidents en retraitement des dispositifs médicaux doivent être déclarés en complétant le formulaire AH-223-2-RDM.

Les complications prévisibles de la maladie ne sont pas des incidents et accidents; elles constituent des risques inhérents liés aux traitements ou interventions que l'utilisateur a acceptés de subir.

Il y a quatre types d'événements indésirables pour lesquels la déclaration n'est pas recommandée :

- Les événements découlant d'un acte criminel;
- Les actes commis avec l'intention de causer des dommages;
- Les actes reliés à l'abus de substance par un intervenant;
- Les événements impliquant l'abus d'un usager.

Il est important de séparer le processus disciplinaire des ressources humaines des analyses ayant pour but l'amélioration continue de la qualité.

Ces situations doivent être renvoyées immédiatement aux instances administratives et s'il y a lieu, aux organismes de réglementation professionnels.

Il est important de préserver l'intégrité du processus de déclaration et d'analyse des incidents/accidents et de le dissocier d'une situation pouvant entraîner un congédiement, des mesures disciplinaires ou des accusations criminelles. Il est toujours possible de mener en parallèle une analyse de l'événement. Toutefois, il est impératif que les deux procédures demeurent étanches, que l'information ne circule pas entre eux et que tous les participants soient avisés du caractère distinct de chacun. Une fois ces processus d'analyse en parallèle terminés, le partage des leçons tirées contribuera à l'amélioration du système.

4. DÉFINITIONS ET ABRÉVIATIONS

Accident

Action ou situation où le risque se réalise et est, ou pourrait être, à l'origine de conséquences sur l'état de santé ou le bien-être de l'utilisateur, du personnel, d'un professionnel concerné ou des tiers.

Approuvé le :	Entrée en vigueur le :	Révisée le :	Abrogée le :	Page
11 décembre 2007	Date de la signature	6 juin 2018		3 de 19

Analyse

Méthode visant à déterminer ce qui s'est passé, comment et pourquoi c'est arrivé, ce qu'il faut faire pour réduire la probabilité de récurrence et pour rendre les soins et services plus sécuritaires et dégager les leçons apprises de ces événements.

Cause

Ce qui est à l'origine de l'événement indésirable. On peut identifier les facteurs contributifs jusqu'à la racine du problème, c'est-à-dire la cause souche ou cause profonde.

Conséquence

Il s'agit des impacts sur la santé ou le bien-être de la personne victime de l'accident. Les conséquences :

- Sont associées à une prestation de soins ou de services;
- Découlent directement de l'accident;
- Se rapportent aux gestes posés ou omis;
- Mettent en cause les processus cliniques ou administratifs de l'établissement ou d'un fournisseur de services.

CGRQ

Comité de gestion des risques et de la qualité

CVQ

Comité de vigilance et de la qualité

Culture juste de la sécurité

Il s'agit d'une culture juste et sécuritaire composée de plusieurs valeurs, y compris l'ouverture, l'honnêteté, l'équité et la responsabilité. Elle requiert et encourage que les incidents/accidents et les dangers soient signalés. Elle favorise la compréhension, l'apprentissage et l'amélioration et comprend les principes de soins et services centrés sur l'utilisateur et ses proches.

Le processus d'analyse des événements indésirables s'avère plus efficace lorsqu'il se déroule dans une culture de sécurité puisque les prestataires savent qu'ils seront traités de façon juste, mais seront tenus responsables de leurs gestes et comportements.

Approuvé le :	Entrée en vigueur le :	Révisée le :	Abrogée le :	Page
11 décembre 2007	Date de la signature	6 juin 2018		4 de 19

Confidentialité

Selon la LSSSS :

183.3. Les réponses faites par une personne, dans le cadre des activités de gestion des risques, et notamment tout renseignement ou document fourni de bonne foi par elle en réponse à une demande d'un gestionnaire de risques ou d'un comité de gestion des risques ne peuvent être utilisées ni ne sont recevables à titre de preuve contre cette personne ou contre toute autre personne devant une instance judiciaire ou une personne ou un organisme exerçant des fonctions juridictionnelles.

Malgré toute disposition contraire, un gestionnaire de risques ou un membre d'un comité de gestion des risques ne peut être contraint devant une instance judiciaire ou une personne ou un organisme exerçant des fonctions juridictionnelles de faire une déposition portant sur un renseignement confidentiel qu'il a obtenu dans l'exercice de ses fonctions ni de produire un document contenant un tel renseignement, si ce n'est aux fins du contrôle de sa confidentialité.

Aucun élément de contenu du dossier de gestion des risques, y compris les conclusions motivées et, le cas échéant, les recommandations qui les accompagnent, ne peut constituer une déclaration, une reconnaissance ou un aveu extrajudiciaire d'une faute professionnelle, administrative ou autre de nature à engager la responsabilité civile d'une partie devant une instance judiciaire.

et 183.4 LSSSS

183.4 Malgré la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (chapitre A-2.1), les dossiers et les procès-verbaux du comité de gestion des risques sont confidentiels.

Nul ne peut prendre connaissance des procès-verbaux du comité de gestion des risques sauf les membres de ce comité, les représentants d'organismes d'accréditation dans l'exercice des fonctions relatives à l'agrément des services de santé et des services sociaux des établissements ou les représentants d'un ordre professionnel dans l'exercice des fonctions qui leur sont attribuées par la loi.

Déclaration

Action de porter à la connaissance de l'organisation, au moyen du formulaire AH-223-1, tout accident et incident constaté.

Approuvé le :	Entrée en vigueur le :	Révisée le :	Abrogée le :	Page
11 décembre 2007	Date de la signature	6 juin 2018		5 de 19

Divulgation

Action de porter à la connaissance de l'utilisateur ou de ses proches, toute l'information nécessaire, relative à un accident subi par celui-ci et à l'origine de conséquences pour lui.

Les obligations liées à la divulgation concernent les accidents résultant en conséquence, temporaires ou non, pour l'utilisateur.

La divulgation n'est pas un événement unique, il s'agit plutôt d'un processus continu; dans certains cas, des rencontres de suivi avec l'utilisateur et/ou son représentant ou proches peuvent être requises.

Les explications détaillées se retrouvent dans la procédure 5.65 *Divulgation des incidents et accidents survenus dans le cadre de la prestation sécuritaire de soins et services auprès des usagers*.

Échelle de gravité

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

Événement sentinelle

Fait inattendu qui implique un décès, une blessure physique ou psychologique grave ou le risque d'une telle blessure. De tels événements signalent la nécessité d'une réponse et d'une investigation immédiates.

Les événements répertoriés correspondent aux niveaux de gravité G, H et I selon l'échelle de gravité des incidents et accidents. Voir l'échelle de gravité à l'annexe X. Si malgré une sévérité moindre, mais que dans d'autres circonstances auraient pu entraîner des conséquences graves, l'événement sera considéré comme étant sentinelle.

Un événement qui se produit à une grande fréquence, ou qui touche un grand nombre d'utilisateurs, même s'il n'est pas à l'origine de conséquences graves, pourra également être traité comme un événement sentinelle, dans ce cas on l'appelle causes à événements multiples.

Incident

Action ou une situation qui n'entraîne pas de conséquence sur l'état de santé ou le bien-être d'un utilisateur, du personnel, d'un professionnel concerné ou d'un tiers, mais

<i>Approuvé le :</i>	<i>Entrée en vigueur le :</i>	<i>Révisée le :</i>	<i>Abrogée le :</i>	<i>Page</i>
11 décembre 2007	Date de la signature	6 juin 2018		6 de 19

dont le résultat est inhabituel et qui, en d'autres occasions, pourrait entraîner des conséquences.

INSPQ

Institut national de santé publique

LSSSS

Loi sur les services de santé et les services sociaux

Mesures de prévention de la récurrence

Actions ou moyens pris pour éviter qu'un événement de même nature se reproduise.

Mesures de soutien

Actions prises envers la personne victime d'un accident ou ses proches, ou moyens mis à leur disposition pour atténuer les conséquences d'un accident.

Les explications détaillées se retrouvent dans la procédure 5.65 *Divulgence des incidents et accidents survenus dans le cadre de la prestation sécuritaire de soins et services auprès des usagers*.

MSSS

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Mode de saisie centralisé

Mode de fonctionnement selon lequel le personnel administratif saisit les données provenant des versions papier des formulaires de déclaration AH-223, au registre local des incidents/accidents, pour une ou plusieurs unités administratives.

Mode de saisie décentralisé

Mode de fonctionnement selon lequel les formulaires de déclaration AH-223 sont directement remplis, de façon électronique, par les déclarants et gestionnaires en autorité, au registre local des incidents/accidents.

Ressource intermédiaire

Une ressource intermédiaire est une ressource rattachée à un établissement public qui, afin de maintenir ou d'intégrer à la communauté un usager inscrit à ses services,

Approuvé le :	Entrée en vigueur le :	Révisée le :	Abrogée le :	Page
11 décembre 2007	Date de la signature	6 juin 2018		7 de 19

lui procure, par l'entremise de cette ressource, un milieu de vie adapté à ses besoins et lui dispense des services de soutien ou d'assistance requis par sa condition.

Malgré toute disposition inconciliable, une ressource intermédiaire est réputée ne pas être à l'emploi ni être une salariée de l'établissement public qui recourt à ses services et toute entente ou convention conclue entre eux pour déterminer les règles et modalités de leurs rapports quant au fonctionnement des activités et services attendus de la ressource intermédiaire est réputée ne pas constituer un contrat de travail.

Ressource de type familial

Les ressources de type familial se composent des familles d'accueil et des résidences d'accueil.

Famille d'accueil

Peuvent être reconnues à titre de famille d'accueil, une ou deux personnes qui accueillent chez elle, au maximum, neuf enfants en difficulté qui leur sont confiés par un établissement public afin de répondre à leurs besoins et leur offrir des conditions de vie favorisant une relation de type parental dans un contexte familial.

Résidence d'accueil

Peuvent être reconnues à titre de résidence d'accueil, une ou deux personnes qui accueillent chez elle, au maximum, neuf adultes ou personnes âgées qui leur sont confiés par un établissement public afin de répondre à leurs besoins et leur offrir des conditions de vie se rapprochant le plus possible de celles d'un milieu naturel.

Ressource contractuelle

Une ressource à contrat pour l'établissement du CRSSS de la Baie-James qui dispense des services pour et à l'acquéreur d'un usager de ce dernier.

SISSS

Système d'information sur la sécurité des soins et services

Retraitement des dispositifs médicaux

Toutes les étapes de préparation d'un dispositif médical pour sa réutilisation : prénettoyage, nettoyage, désinfection ou stérilisation, inspection, emballage, étiquetage et entreposage.

<i>Approuvé le :</i>	<i>Entrée en vigueur le :</i>	<i>Révisée le :</i>	<i>Abrogée le :</i>	<i>Page</i>
11 décembre 2007	Date de la signature	6 juin 2018		8 de 19

URDM

Unité de retraitement des dispositifs médicaux

Usager

Usager est le terme privilégié dans la législation à l'origine du système de santé et de services sociaux du Québec, soit la « Loi sur les services de santé et les services sociaux ».

Elle fait référence à une personne qui a ou pourrait avoir recours aux services de santé et aux services sociaux, qu'elle soit malade ou non. Tout en considérant les nuances qui sont propres à chacune d'elle, la notion d'usager remplace toute autre appellation similaire et d'usage courant, telle que bénéficiaire, patient, client, personne, citoyen, etc.

En raison de l'importance des proches et de la place indissociable qu'ils occupent auprès de l'usager, les proches sont incluent dans les soins et services dans, et à la mesure, que l'usager le souhaite.

Le terme « proches » peut référer aux proches aidants, aux membres de la famille, ainsi qu'à toutes autres personnes significatives de l'entourage de l'usager.

5. STRUCTURE FONCTIONNELLE

5.1 Responsabilités des différents intervenants :

5.1.1 Présidente-directrice générale :

- Approuve la présente procédure en comité de direction;
- Soutient les mécanismes qui permettent son application;
- Assure les liens avec les médias en cas d'événement majeur, le cas échéant;
- Appuie les activités et les réalisations en matière de sécurité des usagers et accorde un suivi aux recommandations présentées dans les rapports trimestriels sur la sécurité des usagers au conseil d'administration.

5.1.2 Adjointe à la PDG — Qualité, performance, évaluation, éthique, soutien et administration :

- Veille à l'application de la présente procédure;
- Contribue au déploiement de la culture de sécurité au sein de l'établissement;

Approuvé le :	Entrée en vigueur le :	Révisée le :	Abrogée le :	Page
11 décembre 2007	Date de la signature	6 juin 2018		9 de 19

- Assure le suivi des rapports trimestriels sur la sécurité des usagers au conseil d'administration et y précise les activités et les réalisations spécifiques de l'organisme qui viennent appuyer les buts et objectifs en matière de sécurité des usagers;
- Présente les statistiques et les mesures de prévention de la récurrence au CGRQ et au CVQ et fait les arrimages nécessaires avec les comités internes;
- Propose les recommandations de formation du CGRQ au plan de formation organisationnel.

5.1.3 Gestionnaire de risques :

- Révise tous les rapports AH-223 complétés reçus à la Direction générale;
- Confirme le statut de l'événement;
- Avec le soutien des agentes administratives, s'assure de la saisie des rapports dans le SSSS si le mode de saisie est centralisé;
- Constitue le registre local des incidents et accidents à partir du SSSS;
- En soutien aux gestionnaires, procède à l'analyse des causes et identifient des mesures de prévention de la récurrence des événements indésirables;
 - Procède à l'analyse des déclarations en identifiant des causes communes et suggère des mesures organisationnelles;
 - Décide de procéder à une analyse d'événement multiple ou sentinelle de gravité (G, H, I) et voit à la mise en œuvre de mesures de changements systémiques spécifiques afin de diminuer immédiatement la probabilité d'une récurrence. Des rencontres de suivi/débriefage sont obligatoires avec le ou les gestionnaires concernés.
- Conformément à la procédure, procède au processus de divulgation si applicable;
- Offre la formation nécessaire à l'application de la présente procédure;
- Conformément à la politique 3.53 Prévention et contrôle des infections, informe l'infirmière en prévention et contrôle des infections de tout rapport AH-223 en lien avec la prévention des infections, le cas échéant;
- Prépare les statistiques en incidents et accidents pour les directions, gestionnaires et instances;
 - En soutien à l'adjointe à la PDG, présente les statistiques et les mesures de prévention de la récurrence au CGRQ et au CVQ.

5.1.4 Gestionnaires :

- S'assurent que le rapport AH-223 est complété pour tous les incidents et accidents survenus dans leurs services/départements;

Approuvé le :	Entrée en vigueur le :	Révisée le :	Abrogée le :	Page
11 décembre 2007	Date de la signature	6 juin 2018		10 de 19

- S'assurent que toutes les informations pertinentes se retrouvent au rapport AH-223-1;
- S'assurent que la copie blanche du rapport AH-223-1 est versée au dossier médical de l'utilisateur, le cas échéant;
- Complètent les sections 10 à 13 inclusivement du rapport AH-223-1;
- En collaboration avec les personnes pouvant y contribuer, incluant le gestionnaire de risques (selon la gravité), procèdent à l'analyse des incidents et accidents survenus dans leurs services/départements le plus tôt possible après l'événement;
- En collaboration avec les personnes pouvant y contribuer, incluant le gestionnaire de risques (selon la gravité), identifient et assurent la mise en place des mesures de prévention de la récurrence des incidents et accidents;
- S'il s'agit d'un événement impliquant un équipement, le retirent de circulation et en informent les services techniques et installations matérielles pour réparation, vérification et suivi auprès du manufacturier, le cas échéant;
- S'il s'agit d'un événement impliquant du matériel le retirent de circulation et en informent les services des approvisionnements pour suivi auprès du manufacturier, le cas échéant;
- Informent le gestionnaire de risques des mesures identifiées et des délais de mises en œuvre de celles-ci;
- Pour les événements de sévérité E1 et plus, complètent le rapport d'analyse AH-223-2;
- Informent le directeur de ses services/départements de tout événement de sévérité E1 et plus;
- Avisent immédiatement le gestionnaire de risques par courriel pour tous les événements F et plus;
- Avise sans délai le gestionnaire de risques dans les cas suivants :
 - • risque de poursuite;
 - • avis au coroner.
- S'assurent de l'application de la procédure de divulgation des accidents pour chaque accident survenu dans leurs services/départements;
- Participent aux rencontres de divulgation subséquente avec l'utilisateur/proches le cas échéant;
- Pour les événements de sévérité F et plus, complètent le rapport de divulgation AH-223-3;
- Acheminent tous les rapports complétés au gestionnaire de risques sous pli confidentiel dans un délai maximal de 21 jours;
- Assurent le lien avec les partenaires externes impliqués dans un incident ou accident (par exemple une pharmacie communautaire ou un établissement de santé et services d'une autre région). Dans ces circonstances, le rapport est complété et saisi au CRSSS de la Baie-James;

Approuvé le :	Entrée en vigueur le :	Révisée le :	Abrogée le :	Page
11 décembre 2007	Date de la signature	6 juin 2018		11 de 19

- S'assurent que tous les membres du personnel touchés par un accident reçoivent le support requis et approprié. Les employés pourront au besoin être référés au programme d'aide aux employés.

5.1.5 Assistants au supérieur immédiat et/ou chefs d'équipe :

En plus des responsabilités des employés, stagiaires et médecins, et selon le processus en place dans les différents services/départements, ils assurent des responsabilités des gestionnaires en collaboration avec ceux-ci.

5.1.6 Gestionnaires responsables des ressources intermédiaires et autres partenaires du réseau concerné lors d'une déclaration :

En plus des responsabilités générales des gestionnaires, ces gestionnaires assurent le suivi auprès des ressources intermédiaires ou du partenaire concerné, particulièrement en ce qui a trait à l'identification et la mise en place des mesures de prévention de la récurrence, ainsi que la divulgation de l'accident à l'utilisateur et/ou ses proches.

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

En plus des responsabilités générales des gestionnaires, ce gestionnaire complète le rapport d'analyse AH-223-2-RDM pour tous les incidents et accidents déclarés concernant le retraitement des dispositifs médicaux, incluant le transport interne et externe des dispositifs médicaux. Selon la situation, le gestionnaire de risques, l'infirmière en prévention et contrôle des infections et/ou le microbiologiste-infectiologue pourront contribuer à l'analyse de l'événement. En conformité avec les communications reçues du MSSS et de l'INSPQ, l'analyse doit être complétée dans les 30 jours suivant l'événement. De façon spécifique, il :

- Fait le lien et le suivi entre les différents services où se déroule le retraitement des dispositifs médicaux;
- S'assure que les événements soient déclarés au niveau local;
- À la suite d'une déclaration d'incident ou d'accident, assure la réalisation et le suivi du Rapport d'analyse en retraitement des dispositifs médicaux (RARDM) et fait le suivi avec le gestionnaire de risque s'il y a lieu.
- Développe et propose des plans d'action suite aux écarts par rapport aux bonnes pratiques constatées lors du RARDM.

5.1.8 Employés, stagiaires et médecins :

Approuvé le :	Entrée en vigueur le :	Révisée le :	Abrogée le :	Page
11 décembre 2007	Date de la signature	6 juin 2018		12 de 19

- Procèdent à la déclaration de tout incident ou accident constaté en complétant les sections 1 à 9 du rapport AH-223-1 le plutôt possible suivant l'événement. Afin de favoriser la communication sur l'état de l'utilisateur dans l'équipe de soins/services, le rapport est idéalement complété sur le même quart de travail;
- Si la saisie est décentralisée, le déclarant fait sa déclaration directement dans l'application informatique qui est reliée au registre local;
- Versent la copie blanche au dossier de l'utilisateur;
- Acheminent la copie jaune à son gestionnaire ou supérieur immédiat pour suivi en mode papier ou électronique selon que la saisie est décentralisée ou non;
- En ressources intermédiaires, le rapport complet (copies blanche et jaune) est acheminé au gestionnaire responsable au centre de santé concerné;
- En situations où les employés n'ont pas accès au dossier de l'utilisateur, le rapport complet (copies blanche et jaune) est acheminé au gestionnaire ou pour suivi;
- Assurent la sécurité des lieux pour éviter la récurrence immédiate;
- Assurent la sécurité de l'utilisateur et apportent les soins immédiats nécessaires ou contribuent à ce faire;
- S'il s'agit d'un accident avec conséquences pour l'utilisateur, communiquent avec le gestionnaire, l'assistant au supérieur immédiat et le médecin;
- Selon la situation, contribuent ou procèdent à la divulgation à l'utilisateur et/ou ses proches;
 - Contribuent à l'analyse de l'événement.
- Conserve les éléments de preuves si une enquête est nécessaire;
- Contribuent et participent à l'identification des mesures de prévention de la récurrence et de la mise en place des mesures correctives, le cas échéant.

5.1.9 Adjointe à la PDG — Relations médias, communications et affaires juridiques

Lors d'un événement sentinelle, l'adjointe à la PDG de par ses volets :

- Conseille les équipes dans l'implication du service juridique;
- Conseille les équipes dans la conformité à la LSSSS afin de préserver la confidentialité tout en respectant la divulgation;
- Explique et aide à la compréhension des impacts juridiques (ex. : réseaux sociaux);
- Évalue la pertinence et, au besoin, informe nos assureurs des événements à risques de poursuites, de plaintes et/ou de réclamations, suivant l'information reçue par le gestionnaire de risques;
- Traite les demandes d'accès à l'information;
- Assure une veille médiatique.

Approuvé le :	Entrée en vigueur le :	Révisée le :	Abrogée le :	Page
11 décembre 2007	Date de la signature	6 juin 2018		13 de 19

6. MODALITÉS D'APPLICATION

6.1 Déclaration

Lorsqu'un usager signale un événement à un employé, l'employé complète le rapport AH-223 (et autres formulaires appropriés – voir section 8 de la procédure), sauf s'il s'agit d'une plainte. L'employé doit diriger l'usager/proche à l'instance appropriée (supérieur immédiat ou Commissaire aux plaintes) d'où l'importance d'être à l'écoute des problèmes signalés par les usagers.

Lorsqu'un employé d'une ressource contractuelle déclare un événement, la copie blanche et la copie jaune du rapport AH-223-1 sont complétées et acheminées au gestionnaire responsable au centre de santé concerné.

6.2 Analyse

Suivant la déclaration, l'analyse permet de répondre aux questions suivantes :

- Qu'est-il arrivé?
- Comment et pourquoi cela s'est passé?
- Que peut-on faire pour réduire la probabilité de la récurrence et rendre les soins et services plus sécuritaires?
- Quelles leçons a-t-on apprises?

Le but est d'analyser les facteurs fondamentaux qui ont mené à l'événement indésirable. Il est important de se centrer sur les processus et non sur les personnes. L'approche centrée sur les systèmes se concentre plutôt sur les conditions dans lesquelles les humains travaillent et tentent de mettre des défenses en places pour éviter les erreurs ou mitiger leurs effets.

Analyse sommaire de chaque déclaration

L'analyse sommaire pour chaque déclaration devrait avoir lieu le plus tôt possible après l'événement. Cette analyse doit demeurer impartiale et objective et inclure au moins une personne de première ligne qui connaît les faits de l'événement. Aussi, l'analyse doit se dérouler dans un lieu permettant de respecter la confidentialité pour le personnel et les usagers. Cette analyse permet de comprendre ce qui est arrivé, de déterminer comment et pourquoi c'est arrivé et que faire pour réduire la probabilité qu'un événement semblable se reproduise. Le rapport d'incident se fonde sur une connaissance initiale des faits. Enfin, pour l'analyse d'événement en lien avec la transfusion, le processus recommandé doit suivre les normes d'agrément sur les pratiques transfusionnelles.

Approuvé le :	Entrée en vigueur le :	Révisée le :	Abrogée le :	Page
11 décembre 2007	Date de la signature	6 juin 2018		14 de 19

Analyse d'événements multiples ou sentinelles

Le gestionnaire doit faire participer son équipe à l'analyse des causes et aux mesures de prévention de la récurrence. Il est important que les participants comprennent que l'objectif est de tirer des leçons des événements et de mettre des mesures correctives en place pour en éviter la récurrence.

L'analyse d'incidents multiples ou sentinelles porte par exemple sur :

- Un groupe d'incidents distincts liés à la sécurité des patients, similaires dans leurs compositions ou leur origine, qui n'ont causé aucun préjudice ou que des préjudices moindres;
- Un groupe d'incidents distincts liés à la sécurité des patients, similaires dans leur composition ou origine, qui auraient pu causer divers degrés de préjudice, allant du sans préjudice jusqu'aux cas de préjudice majeur ou catastrophique;
- Un groupe de patient qui est touché par des facteurs contributifs similaires et qui subit le même incident préjudiciable, à des degrés plus ou moins élevés;
- Un groupe d'analyses d'incidents exhaustives ou concises terminées.

La cartographie des processus est un outil fréquemment utilisé pour soutenir l'analyse de modes de défaillances des systèmes. L'analyse quantitative (fréquence par type d'événement, gravité des préjudices, etc.) est jumelée à l'analyse qualitative sur les facteurs contributifs.

L'utilisation des stations visuelles est fortement suggérée pour amener les équipes à identifier des opportunités d'amélioration continue en qualité-sécurité, en faire des recommandations et les suivis nécessaires. L'équipe met en place les solutions les plus efficaces, raisonnables ou possibles dans les circonstances. Le gestionnaire de risques peut accompagner le gestionnaire et son équipe en tant que facilitateur (dialogue constructif et recherche de consensus) pour mener à bien le processus d'analyse et le suivi des recommandations.

La culture de sécurité exige de surveiller et d'évaluer l'efficacité des recommandations. Le principal objectif de mesurer le suivi des recommandations est l'amélioration. Cela peut se faire sous forme de rapports volontaires, de suivis d'interventions, d'observation directe de la performance, de l'examen des dossiers, de suivi informatisé et de sondages.

Vigie sur l'amélioration de la qualité des analyses

<i>Approuvé le :</i>	<i>Entrée en vigueur le :</i>	<i>Révisée le :</i>	<i>Abrogée le :</i>	<i>Page</i>
11 décembre 2007	Date de la signature	6 juin 2018		15 de 19

L'établissement est encouragé à consacrer périodiquement du temps et des ressources pour examiner et évaluer comment les processus d'analyse des incidents et de gestion des incidents fonctionnent. Le but de cet effort est de s'assurer que les processus sont pertinents, fiables, utilisent efficacement les ressources et le personnel et sont axés sur l'amélioration continue des soins et services.

Ainsi, le gestionnaire de risques fore les données du registre afin d'identifier les causes souches et les mesures préventives tout en étant exempt de données nominatives. Cette analyse pouvant être partagée entre les équipes et instances décisionnelles afin de réduire la récurrence des événements indésirables. L'objectif est de soutenir et faire connaître les efforts d'amélioration continue de la qualité, que ce soit dans le travail au quotidien ou dans des projets organisationnels.

6.3 Suivi des mesures de prévention de la récurrence

Les mesures de prévention de la récurrence des événements indésirables à mettre en place peuvent être catégorisées en six classes. Elles sont en ordre de priorité d'efficacité (1 étant le plus efficace et 6 le moins efficace) :

1. Les mesures de restriction, de contrôle et de contrainte
2. L'automatisation/l'informatisation
3. La simplification/la standardisation/normalisation
4. Rappels, aide-mémoire, liste de vérification, double vérification
5. Règles et politiques
6. Formation, information et sensibilisation

Le gestionnaire de risques élabore et participe à la réalisation du plan de sécurité des usagers avec le CGRQ. Tous les événements de sévérité E2 et plus peuvent faire l'objet de suivi des mesures de prévention de la récurrence en CGRQ. Si jugé incomplet par le CGRQ, celui-ci peut demander un suivi auprès de la direction concernée — si suivi non satisfaisant, le CGRQ apporte ses recommandations au CVQ. Le CGRQ utilise les données de déclaration des événements indésirables pour prioriser les activités visant à réduire les probabilités de récurrence. À l'aide des normes d'agrément, des meilleures pratiques et des apprentissages provenant des opportunités d'amélioration continue des équipes, il suggère des mesures de prévention de la récurrence pour l'établissement. Ce savoir peut aussi être utilisé pour établir les objectifs de rendement en matière de qualité de l'équipe de la haute direction et pour déterminer si ces objectifs ont été atteints.

<i>Approuvé le :</i>	<i>Entrée en vigueur le :</i>	<i>Révisée le :</i>	<i>Abrogée le :</i>	<i>Page</i>
11 décembre 2007	Date de la signature	6 juin 2018		16 de 19

7. ENTRÉE EN VIGUEUR

La procédure entre en vigueur à compter de la date de signature de la personne autorisée.

8. FORMULAIRES ET ANNEXES

Formulaires gouvernementaux :

AH-223-1 *Rapport de déclaration d'incident ou d'accident*

AH-223-2 *Rapport d'analyse d'incident ou d'accident*

AH-223-2-RDM *Rapport d'analyse en retraitement des dispositifs médicaux (RARDM) Incidents et accidents*

AH-223-3 *Rapport de divulgation d'accident*

AH-520 *Rapport d'événement indésirable associé à la transfusion*

9. BIBLIOGRAPHIE

Articles 8, 183.2, 183.3, 183.4, 233.1 et 235.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q. c. S-4.2

AGRÉMENT CANADA. *Pratiques Organisationnelles Requises Livret 2017*, Ottawa, Agrément Canada, 2016, 79 p.

CORPORATION SALUS GLOBAL. *Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux : Atelier sur les événements à issue bénigne*, 2012, 9 p.

MSSS. *Cadre de référence ministériel sur le partenariat avec l'utilisateur et ses proches en santé et services sociaux* – Document de travail, juillet 2017, 76 p.

MSSS. *Système d'information sur la sécurité des soins et services; Lignes directrices à l'intention du réseau de la santé et des services sociaux*, 2011, 22 p.

INSTITUT NATIONAL EN SANTÉ PUBLIQUE. *Guide d'utilisation Rapport d'analyse du retraitement des dispositifs médicaux (RARDM) Incidents et accidents*, 2014, 20 p.

Partenaires collaborant à l'analyse des incidents. *Cadre canadien d'analyse des incidents*. Edmonton, Institut canadien pour la sécurité des patients, 2012, 141 p.

Approuvé le :	Entrée en vigueur le :	Révisée le :	Abrogée le :	Page
11 décembre 2007	Date de la signature	6 juin 2018		17 de 19

CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN. *Procédure, Gestion des événements sentinelles*, 2016, 16 p.

10. LISTE DES MODIFICATIONS ET COMMENTAIRES

DATE aaaa-mm-jj	VERSION	MODIFICATIONS/COMMENTAIRES	ARCHIVÉ
2018-06-06	2	Cette révision remplace les procédures 5.45 et 5.46 par une seule procédure.	
2018-06-06	2	Le titre a été modifié et le contenu a été bonifié et mis à jour afin d'ajouter la portion de gestion des événements (analyse des causes et mesures de prévention de la récurrence)	
2018-06-06	2	Mise à jour des rôles et responsabilités en fonction du plan d'organisation en vigueur au 1 ^{er} avril 2016	

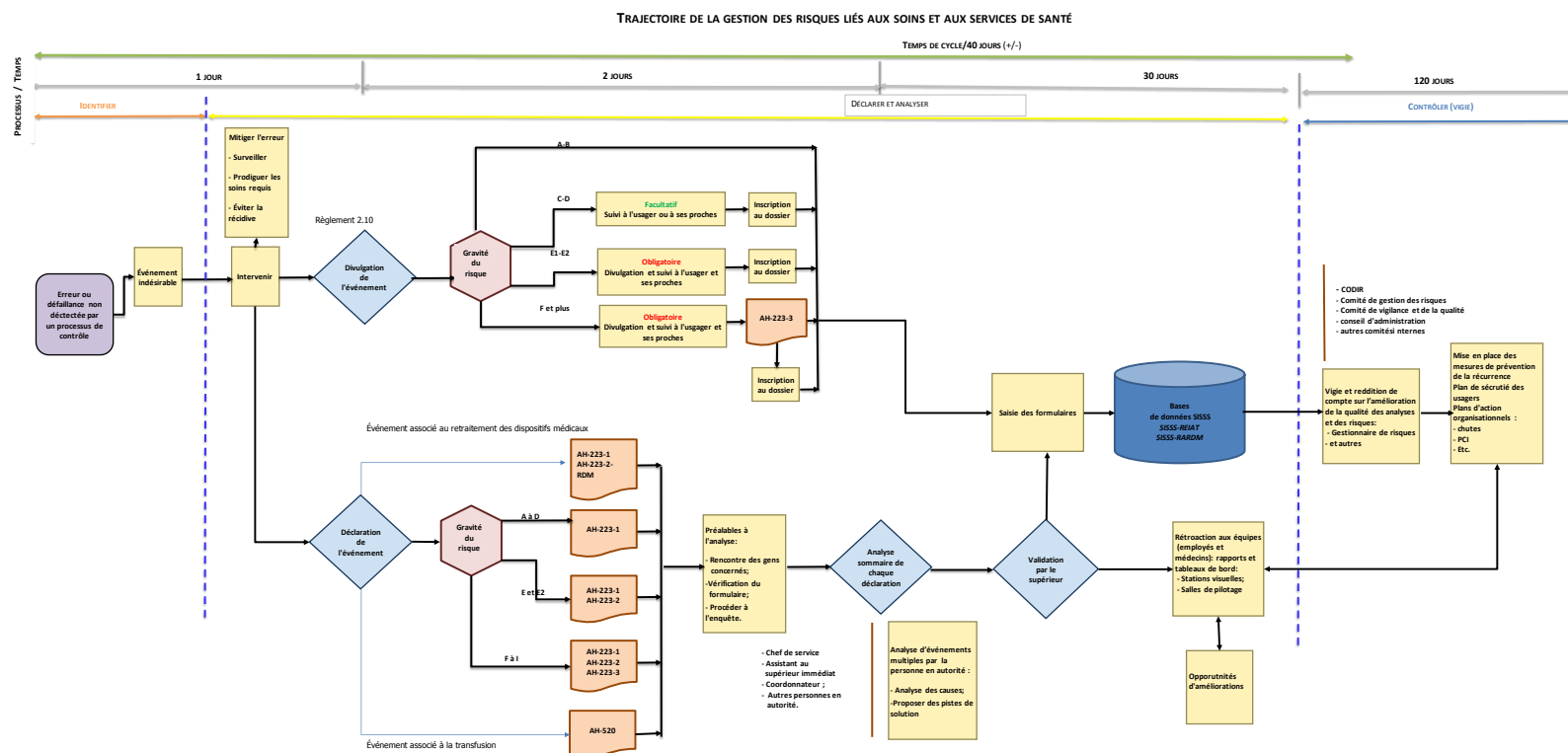
11. RÉVISION ANNUELLE

La personne soussignée a revu ce document à la date indiquée et l'a reconduit sans modification.

DATE aaaa-mm-jj	SIGNATURE AUTORISÉE

Approuvé le : 11 décembre 2007	Entrée en vigueur le : Date de la signature	Révisée le : 6 juin 2018	Abrogée le :	Page 18 de 19
--	---	------------------------------------	---------------------	-------------------------

12. ALGORITHME DU PROCESSUS



Approuvé le :	Entrée en vigueur le :	Révisée le :	Abrogée le :	Page
11 décembre 2007	Date de la signature	6 juin 2018		19 de 19

Annexe 1

Échelle de gravité

INDICE DE GRAVITÉ
INCIDENT
A – Circonstances ou événements qui a la capacité de causer une erreur ou un dommage (situation à risque)
B – Erreur intervenue sans atteindre quiconque (échappée belle)
ACCIDENT
C – Erreur (incluant omission) atteint la personne mais ne lui cause pas de conséquence, n'exigeant pas de surveillance ou d'intervention additionnelle
D – Personne atteint, conséquences craintes ou anticipées exigeant une surveillance pour confirmer qu'il n'y a pas de conséquence/intervention requise pour prévenir les conséquences.
E1 – Accident résultant en des conséquences temporaires et exigeant des soins/traitements non spécialisés, sans hospitalisation /prolongation d'hospitalisation
E2 – Accident résultant en des conséquences temporaires et nécessitant des soins/traitements spécialisés, sans hospitalisation / prolongation d'hospitalisation
F - Accident entraînant des conséquences temporaires exigeant des soins/traitements supplémentaires spécialisés avec hospitalisation ou prolongation hospitalisation
G – Accident ayant contribué ou résultant en des conséquences permanentes pour la personne
H – Accident nécessitant une intervention pour maintenir la vie
I – Accident ayant contribué ou résultant en la mort de la personne
NON DÉTERMINÉ