Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal
Québec

Titre : Politique sur la culture de sécurité des usagers		
Codification :	1200-001-01-F	
Responsable de l'application :	**Direction de la qualité, innovation, évaluation, performance et éthique**	
Approuvé par :	**Comité de direction**	
Politique :	**Nouvelle** ☐	**Révisée** ☒
Procédure associée :	**Oui** ☒	**Non** ☐
Destinataire :	☐ Intra-direction: Veuillez spécifier la direction ☐ Inter-direction: Veuillez spécifier les directions ou services visés ☐ Multidisciplinaire: Veuillez spécifier les disciplines (ex : travailleurs sociaux, médecins, etc.) ☒ Gouvernance et haute direction ☒ L'ensemble du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal	

1. Champs d'application

Cette politique s'adresse à tous les gestionnaires, employés, médecins et dentistes, sages-femmes, bénévoles, étudiants, résidents, chercheurs et contractuels du CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal (CODIM).

2. Cadre de référence

Offrir une expérience exceptionnelle à nos usagers impliquant une prestation de soins et services efficiente, efficace et sécuritaire constituent la vision du CIUSSS CODIM. Pour réaliser cette vision, il est nécessaire de développer une culture organisationnelle de sécurité des usagers. De plus, la Loi sur la santé et les services sociaux (Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q, c. S-4.2, art 233.1) prescrit certains éléments structurants de cette culture, soit la déclaration des accidents et incidents, la divulgation des accidents aux usagers et à leur proches avec proposition de mesures de soutien quand applicable et la mise en œuvre des mesures préventives et correctives visant à l'amélioration des soins et services en continu. C'est dans ce contexte que le CIUSSS CODIM a jugé nécessaire la mise en œuvre de la présente politique qui poursuit les objectifs suivants.

3. Objectifs

3.1 Promouvoir la prestation sécuritaire de soins et services de santé et des services sociaux aux usagers en développant une culture de sécurité durable dans tous les secteurs de l'organisation et pour la population du territoire;

3.2 S'assurer de la conformité de l'organisation aux dispositions de la Loi (LSSSS) qui visent la prestation sécuritaire et la gestion des risques;

3.3 Fournir des balises aux gestionnaires, employés, médecins et dentistes, sages-femmes, bénévoles, étudiants, résidents, chercheurs et contractuels sur leurs obligations concernant la prestation sécuritaire et la gestion des risques;

3.4 Contribuer à fournir une expérience exceptionnelle aux usagers;

3.5 Favoriser la prestation de soins et services efficients et efficaces aux usagers qui permettra d'améliorer la valeur des soins et services offerts aux usagers car les résultats sur la santé et le bien-être seront plus élevés et les coûts diminués (coûts de la non qualité et les pertes matérielles pour l'établissement et les usagers).

4. Définition des termes

Accident

Une action ou situation où le risque se réalise, qui est à l'origine ou pourrait être à l'origine de conséquences néfastes pour la santé et le bien-être de l'usager.

Conséquence

Un impact certain et non-hypothétique sur la santé ou le bien-être de l'usager vécu à la suite d'un accident ayant eu lieu lors de la prestation des soins et services et peut prendre la forme de blessure, tort, ou dommage causé à la santé ou au bien-être de l'usager. La gravité de la conséquence est mesurée à l'aide de l'échelle présentée à l'Annexe 1.

Culture de sécurité

Situation organisationnelle où les intervenants collaborent en équipe à la vigilance et perçoivent que la sécurité des usagers est valorisée. Il s'agit de la façon d'offrir des soins et services, de la façon dont les individus se comportent naturellement (quand personne ne les surveille). Les comportements encouragés et ceux bannis sont connus par l'ensemble du personnel. Une atmosphère de confiance règne et les individus sont encouragés, et même récompensés, lorsqu'ils posent des gestes sécuritaires.

La culture de sécurité est composée de quatre sous-cultures :

- Celle de la déclaration (voir la prochaine définition). La personne est capable d'identifier les risques qui pourraient ou qui touchent les usagers en lien tant avec les soins et services, environnement, processus de travail, etc…;
- Celle de la transparence. La personne est encouragée à identifier les risques en toute transparence sans craindre des représailles de quiconque. La communication et le dialogue sont ouverts et transparents dans un climat de confiance soutenu par l'organisation à tous les niveaux et dans toutes les directions. Les résultats sur la sécurité des usagers sont communiqués dans l'organisation, aux clients et à la population;
- Celle de la culture juste. Le comportement attendu de tous pour améliorer la sécurité est connu et encouragé. Lorsqu'un accident survient la victime et le personnel impliqué sont soutenus. La culture juste implique cependant que le personnel qui commet des gestes intentionnels lesquels contribuent à un accident ou un incident, qui tente de dissimuler ou de falsifier un accident ou incident, qui présente des informations erronées dans le cadre d'une enquête ou qui commet un acte criminel ou encore utilise des drogues ou de l'alcool s'expose à des procédures disciplinaires et même criminelles selon le cas;
- Celle de la flexibilité et la réactivité. L'organisation est agile pour assurer la prestation sécuritaire. La structure de gestion doit être flexible pour assurer la prévention et la gestion des risques. Les risques qui ont ou pourraient avoir des impacts graves sur les usagers font l'objet d'une prise en charge rapide par l'organisation pour sécuriser le milieu.

Déclaration (Annexe 2)

Action de porter à la connaissance de l'organisation, au moyen d'un formulaire prévu à cet effet (formulaire AH-223 / formulaire REIAT), tout incident ou accident qu'un employé, un professionnel, un étudiant, un résident, un bénévole, un chercheur ou une personne liée par un contrat et qui offre des soins et services aux usagers, a constaté, dans le but de mettre en place des mesures préventives. Ces mesures devraient éviter que des conséquences et dommages soient causés à une personne, à ses biens ou à ceux de l'établissement. La règlementation inclut l'obligation de déclarer les incidents et ce, même si ceux-ci ne sont pas la cause de conséquence ou dommage. La déclaration devrait être faite par la personne qui le constate et ceci autant que possible avant la fin de son quart de travail.

Divulgation

Action de communiquer à l'usager ou à ses proches toute l'information nécessaire relative à un accident dont l'usager a été victime et a subit des conséquences. On doit également divulguer les mesures prises pour contrer les conséquences/conséquences potentielles et éviter la répétition d'un tel accident. Cette divulgation doit être faite à l'usager, dans un délai de 48 heures, si l'état

de l'usager le permet à l'usager, ou aux personnes ayant droit. On doit également proposer des mesures de soutien à l'usager et au personnel impliqué, si la situation le requiert.

Évènement sentinelle (Annexe 3)

Les évènements sentinelle sont des évènements qui peuvent avoir l'une ou l'autre des caractéristiques suivantes :

- Ils ont eu ou ont le potentiel d'avoir des conséquences graves sur l'usager soit les niveaux G, H et I dans l'échelle de gravité utilisée au Québec (voir l'échelle de gravité dans l'Annexe 1);
- Ils se produisent selon une fréquence importante et significative indépendamment des conséquences sur les usagers.

Incident

Une action ou une situation qui n'a pas touché le patient ou qui n'entraine pas de conséquence néfaste pour la santé et le bien-être d'un usager, du personnel, d'un professionnel concerné ou d'un tiers, mais dont le résultat est inhabituel et qui, à d'autres occasions, pourraient entrainer des conséquences.

Gestion des risques

Processus régulier, continu, coordonné et intégré à l'ensemble des systèmes et sous-systèmes de l'organisation qui permet l'identification, l'analyse, le contrôle des risques et des situations jugées à risque qui ont causé ou pourraient causer des dommages au patient/résident /usager, au visiteur, au personnel, aux biens de ceux-ci ou de l'établissement de même que l'évaluation des activités et de la performance découlant de ce processus.

Maltraitance

Un geste singulier ou répétitif ou une absence d'action appropriée qui se produit dans une relation où il devrait y avoir de la confiance et qui cause, intentionnellement ou non, du tort ou de la détresse à une personne.

RI Toute ressource exploitée par une personne physique, comme travailleur autonome, ou par une personne morale ou une société de personnes, et qui est reconnue par une agence pour participer au maintien ou à l'intégration dans la communauté d'usagers par ailleurs inscrits aux services d'un établissement public en leur procurant un milieu de vie adapté à leurs besoins et en leur dispensant des services de soutien ou d'assistance requis par leur condition.

RTF Une ou deux personnes qui accueillent à leur lieu principal de résidence au maximum neuf adultes ou personnes âgées qui leur sont confiés par un établissement public afin de répondre à leurs besoins et de leur offrir des conditions de vie se rapprochant le plus possible de celles d'un milieu naturel.

Personnel

Désigne médecins, sages-femmes, dentistes, employés, stagiaires, chercheurs, résidents, contractuels et personnel d'agence.

Plan d'action

Une séquence programmée d'étapes et d'activités qui doivent être mise en application pour atteindre un résultat donné. Dans le contexte d'une culture de sécurité, il s'agit d'améliorer la sécurité des usagers et de prévenir la récurrence des accidents et incidents (Annexe 5). Un plan d'action doit inclure :

- Les activités précises à mettre en œuvre – qu'est ce qui doit être accompli et par qui;
- Les échéances – quand les activités doivent être réalisées;
- Les ressources allouées – budget, personnel et temps requis pour la réalisation des activités;
- Les actions planifiées répondent à des objectifs spécifiques, mesurables, atteignables, réalistes et temporels.

Usager

Désigne une personne qui reçoit des soins et services du CIUSSS CODIM. Il peut s'agir d'un patient recevant des soins aigus à l'hôpital ou dans l'une de ses unités de réadaptation interne, d'un résident dans un CHSLD d'un usager pour tous autres soins et services ambulatoires reçus dans les CLSC, dans les centres de réadaptation, ressources intermédiaires ou à domicile.

5. Principes directeurs

- La santé et le bien-être des usagers constituent la raison d'être du CIUSSS CODIM;
- Le CIUSSS CODIM s'engage à fournir des soins et services sécuritaires à tous ses usagers. Il s'agit d'ailleurs d'un engagement prévu au code d'éthique;
- L'application des dispositions de cette politique est requise par la loi;
- Les usagers victimes d'un accident avec ou sans conséquence ont le droit d'être informés par souci de transparence et de maintien de la relation de confiance que l'usager a concernant les soins et services que nous allons lui offrir ainsi que notre capacité à corriger pour qu'aucun autre usager ne vive pas le même événement. La divulgation sert également à obtenir de leur part leur partenariat et un consentement éclairé pour les soins et services requis à cause de cet accident;
- La divulgation des accidents, bien que requis par la loi est aussi une obligation qui se retrouve dans les codes de déontologie de professionnels de la santé dont notamment celui des médecins au Québec;
- Cette politique encadre les principaux éléments nécessaires au développement d'une culture de sécurité;

- Le personnel est une partie prenante à part entière dans l'amélioration de la sécurité des usagers. Un personnel compétent et soucieux d'offrir des soins et services de qualité peut faire des erreurs surtout dans un système complexe comme celui d'établissement de santé et services sociaux. Une réponse immédiate aux incidents et accidents ne s'effectue pas dans le blâme ou dans l'imposition de mesures disciplinaires mais dans l'apprentissage. Par conséquent, l'organisation ne vise pas à trouver un coupable mais identifier les causes et le comment de l'accident ou de l'incident et d'identifier les facteurs d'amélioration dans la prestation des soins et services et les processus.

6. Modalités d'application

6.1. La déclaration

La déclaration des accidents et incidents est obligatoire selon la loi pour tous les employés, tout médecin, tout dentiste, tout bénévole, tout étudiant, tout résident, tout chercheur, toute personne qui, en vertu d'un contrat de services dispense pour le compte de l'établissement des soins ou services aux usagers et qui constate un accident ou un incident.

La déclaration doit s'effectuer selon une approche sans blâme et non punitive, à moins qu'il s'agisse d'une violation volontaire des règles et lois en vigueur.

Les usagers étant reconnus comme des partenaires à part entière de l'équipe de soins et services, ces derniers peuvent signaler aux membres des équipes les situations à risque pour leur sécurité ou celle de l'ensemble des usagers. Dans ce cas, la personne à qui l'usager a rapporté la situation la déclare si les quatre conditions suivantes sont présentes : l'usager est admis ou inscrit pour recevoir des services; l'usager ou son représentant n'a pas de problèmes cognitifs qui pourraient affecter son jugement; la description de l'événement est logique et plausible; la séquence des événements peut être facilement vérifiée. (Lignes directrices) Le membre du personnel peut alors écrire dans la section 3 du formulaire AH-223-1 que l'événement a été signalé par un usager ou un membre de la famille.

La déclaration s'effectue en utilisant le formulaire AH-223 (Annexe 2) ou le formulaire AH-520 – REIAT pour les accidents transfusionnels, de format électronique ou papier dépendant de la procédure actuellement en vigueur dans chacun des sites du CIUSSS. Le formulaire de déclaration doit être obligatoirement versé au dossier de l'usager.

Les employés ou les propriétaires de ressources non institutionnelles (c'est-à-dire les ressources de type familiale, intermédiaire ou foyer d'accueil) sont également dans l'obligation de déclarer tout accident ou incident si celui-ci a lieu leur de l'exercice de leurs fonctions, même en l'absence de conséquence. Les accidents ou incidents qui ont leur origine dans d'autres établissements du réseau de la santé et des services sociaux sont rapportés, par écrit, au gestionnaire de risques qui s'assurera que l'organisation concernée est informée de cet évènement et en fasse l'analyse pour

améliorer la prestation de ses soins et services et ainsi qu'il apparaisse dans le registre local de ladite organisation.

6.1.1 Agression

- Pour les situations d'agression entre usagers ou d'un usager envers le personnel, le formulaire AH-223-1 doit être rempli s'il y a une conséquence pour un usager (que l'usager soit l'agresseur ou la victime).
- 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, le formulaire AH-223-1 doit également 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 (E et plus) :
        - 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 au 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. (Lignes Directrices, 2020)

6.1.2

- Lorsque la victime est membre du personnel, l'événement doit être signalé par l'entremise du "Formulaire de déclaration d'un événement accidentel" et soumis au bureau de santé sécurité et mieux-être au travail (SSMET) par courriel : prevention.sst.ccomtl@ssss.gouv.qc.ca ou télécopieur: 514-731-4290.
- http://co.intra.mtl.rtss.qc.ca/employes-et-gestionnaires/sante-securite-et-mieux-etre-au-travail/declaration-dun-evenement-accidentel
    - Les cas d'agression, d'abus, de harcèlement ou d'intimidation commis par un usager envers un employé ne doivent pas être signalés via le formulaire AH-223-1. Seuls les événements où il s'agit d'une conséquence pour l'usager doivent être signalés via le AH-223-1. Se référer à la politique en matière de promotion de la civilité et de prévention du harcèlement et de la violence en milieu de travail pour plus d'informations. Ces événements doivent être signalés en utilisant le formulaire de déclaration de harcèlement ou de violence sur le lieu de travail (2000 001 00 Annexe A)
    - http://co.intra.mtl.rtss.qc.ca/fileadmin/Centre-Ouest/Outils-documentation/Politiques_et_procedures/2000/2021_Politique_et_proce__dure_Promotion_de_la_civilite__et_de_pre__vention_du_harce__lement.pdf
    - http://co.intra.mtl.rtss.qc.ca/fileadmin/media/2000_001_00FA_Annexe_A_-_Formulaire_de_declaration.pdf

6.1.3 Remplissage des déclarations des accidents-incidents (AH-223-1) dans les RI-RTF de SAPA :

Toute ressource intermédiaire et de type familial «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» (Article 333.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux)

La ressource doit consigner et rapporter tous les incidents et les accidents qui surviennent à l'occasion de l'exercice de ses activités et qui impliquent un usager, à l'aide du rapport de déclaration d'incident ou d'accident.

1. Si la déclaration est complétée par un intervenant du CIUSSS : envoyer le formulaire AH-223 à l'ASI pour analyse sommaire. 2.
2. Si la déclaration est complétée par un employé de la RI : remettre le AH-223 à l'intervenante du CIUSSS qui devra s'assurer que toutes les informations sont complètes et ensuite le faire suivre à l'ASI pour l'analyse sommaire.

Note : Aucun AH-223 ne peut être envoyé directement à la Direction Qualité sans qu'il n'ait d'abord été vu par l'ASI et que l'analyse sommaire ait été complétée.

6.1.4 Évènements ayant un impact sur de nombreux usagers

- Si un événement touche de nombreux usagers (avec ou sans conséquences), un AH-223-1 doit être rempli pour chaque usager impliqué et doit être versé à son dossier. Un registre des usagers qui pourraient avoir des conséquences de cet événement doit également être tenu en parallèle afin de maintenir la traçabilité et le suivi de l'équipe de gestion des risques.

6.2. **La divulgation**

La divulgation est obligatoire pour les événements ayant des conséquences pour l'utilisateur (gravité D ou supérieure) et/ou lorsque des tests ou des procédures ultérieurs sont nécessaires pour déterminer la présence d'une conséquence. La divulgation doit être effectuée dans un délai de 48 heures à l'usager ou à son représentant légal selon la situation.

Cette obligation naît tant de la Loi que des codes de déontologie de certains professionnels notamment quand il s'agit de rechercher le consentement de l'usager pour des interventions supplémentaires découlant de l'événement (Annexe 1).

La divulgation couvrira systématiquement les éléments suivants : type d'accident, circonstances, gravité, conséquences actuelles et futures, l'expression de sympathie ou regrets, les soins requis immédiatement et suivi, mesures prises pour éviter la récurrence, mesures de soutien offertes s'il y a lieu, une ouverture aux questions de l'usager et ses préoccupations. Le tout fera l'objet d'une note au dossier ou formulaire complété par la personne en charge de la divulgation et versé au

dossier de l'usager. Le style de la divulgation sera approprié au type d'accident : quelques minutes pour une situation mineure et jusqu'à une série de rencontres sur plusieurs semaines lors de conséquences graves.

Lors de conséquences plus graves, d'un évènement sentinelle G, H, I ou hors G, H, I, ou selon la situation, une préparation sera faite par l'équipe de soins et service en collaboration avec le gestionnaire des risques (conseiller qualité et gestion des risques de la direction qualité). En effet, dans ces situations les plus difficiles, l'objectif sera d'informer et d'accompagner l'usager / ses proches. Le processus de divulgation se fera en plusieurs étapes (divulgations initiale et subséquentes à la suite de l'analyse de l'événement).

Les étapes nécessaires d'une divulgation adéquate sont :

- La désignation des personnes qui participeront à la divulgation;
- Créer un environnement favorable à la rencontre (pièce réservée, sans interruption par téléphone…);
- L'expression d'empathie et de regrets;
- La communication des faits tels que connus et vérifiés au moment de la divulgation (sans jugement, ni faute sur quiconque, ni interprétation et hypothèse) dans un langage accessible par les usagers;
- L'offre de soins et services de soutien;
- l'obtention du consentement du patient, du résident hébergé ou de l'usager pour les soins et services requis à cause de cet accident;
- La communication des éléments contributifs et des moyens mis en place pour éviter la récurrence si connus;
- Une approche d'ouverture aux questions des usagers et se préparer à répondre;
- Identifier la personne qui pourra répondre aux questions ultérieures de l'usager / proche;
- La divulgation est aussi un temps privilégié pour entendre ce que les usagers / proches identifient comme des améliorations qui pourraient être mises en œuvre pour éviter le même accident mais aussi sur l'amélioration potentielle de comment faire la divulgation;
- La documentation du déroulement de la divulgation en incluant la réaction de l'usager et de ses proches à l'aide formulaire AH-223 / AH-520 et versé obligatoirement au dossier de l'usager. Cette documentation doit être versée au dossier le jour même de la divulgation.

6.3. **Signalement et gestion d'un évènement sentinelle**

Pour les événements sentinelle avec gravité G, H et I ou autres événements nécessitant un analyse approfondie :

- Toutes les personnes visées par la déclaration des évènements doivent identifier et signaler un évènement sentinelle dès qu'elles le constatent. Ces personnes doivent informer leur

gestionnaire qui contactera l'un des gestionnaires de risque de l'établissement pour demander une analyse approfondie de l'évènement sentinelle. La décision de procéder à une analyse approfondie doit être prise dans les 48 heures suivant l'accident ou l'incident;

- Des interventions d'urgence doivent être mises en œuvre afin d'assurer la sécurité de tous les usagers et de l'équipe du personnel impliqué.

Lors de la survenance d'accident majeur, le gestionnaire de l'équipe :

- S'assure que les mesures pour sécuriser l'usager sont prises ainsi que les autres usagers;
- S'assure que la première divulgation soit faite;
- S'assure que l'environnement du milieu est sécurisé pour l'immédiat (assurer de mettre de côté les équipements impliqués dans l'événement…);
- Identifier tous les documents devant être préservé notamment en appelant les archives concernant le dossier de l'usager;
- Évalue les besoins de faire un débriefing à chaud pour soutien psychologique à l'équipe, rappel des mesures de soutien existante et prise d'information.

L'analyse approfondie doit être débutée par le gestionnaire de risques et l'équipe interdisciplinaire dans les 10 jours suivant l'évènement. Le gestionnaire de risques et l'équipe utilise entre autres la méthodologie d'identification des causes souches et consignent les informations à l'aide d'une liste de vérification et de l'outil de documentation (Annexe 4). Les conclusions de l'analyse approfondie permettent d'identifier les causes profondes de l'évènement et les moyens à mettre en œuvre pour éviter la récurrence d'un évènement semblable (Annexe 5). Le gestionnaire de risques élabore en collaboration avec l'équipe le plan d'action visant à éviter la récurrence et le fait valider par les différentes directions qui seront responsables de l'implantation. Par la suite, le gestionnaire des risques et les équipes présentent l'événement au comité de gestion des risques qui peut ajouter ses propres recommandations, notamment la voix de l'usager partenaire. Le gestionnaire des risques fait ensuite le suivi de l'implantation du plan d'action auprès des directions et fait une reddition de compte des pourcentages d'implantation au comité de gestion des risques, comité de vigilance et conseil d'administration.

Pour les événements sentinelle identifiés consécutivement à une grande récurrence : Les gestionnaires de risques révisent l'ensemble des événements déclarés et identifient ceux ayant une grande récurrence et pourraient avoir des conséquences pour les usagers. À compter de ce constat, l'analyse se fait avec les parties prenantes et suit le même processus d'analyse et d'amélioration. Des comités sont en place pour mitiger les risques concernant par exemple les chutes, la gestion des médicaments, les plaies de pression, les mesures de contrôle et autres.

6.4. **Maltraitance**

Suite à une situation de maltraitance confirmée:

- Assurer la sécurité et le bien-être physique et psychologique immédiat de l'usager
- Compléter le rapport de déclaration AH-223-1
- Assurer la divulgation de l'évènement selon la situation dans un délai de 48 heures et contacter la conseillère qualité et gestion des risques attitrée à votre direction
- Signaler la situation au CLPQS et à son supérieur immédiat, ou à la personne désignée par la direction concernée, qu'il s'agisse d'un signalement obligatoire ou non selon les règles de consentement applicables.
- Contacter l'équipe des affaires juridiques lors d'enjeux légaux et l'équipe des communications lors de risques médiatiques.
    - **Consulter le Politique de lutte contre la maltraitance envers les personnes majeures en situation de vulnérabilité et les outils disponibles sur l'intranet et le site web du CCOMTL pour tous les détails.**
    - http://co.intra.mtl.rtss.qc.ca/ciusss/lutte-contre-la-maltraitance

7. Rôles et responsabilités

7.1 Gestionnaires, employés, médecins et dentistes, sages-femmes, bénévoles, étudiants, résidents, chercheurs et contractuels

- Participent aux activités de formation sur la sécurité des soins et services;
- Déclarent tout incident et accident qu'ils constatent;
- S'il s'agit d'un évènement sentinelle ou d'évènements présentant des risques médiatiques ou juridiques, communiquent avec le gestionnaire de risques assigné à leur secteur;
- Remplissent et signent le formulaire de déclaration et placent le rapport dans le dossier de l'usager quand il s'agit d'un accident;
- Informent son supérieur immédiat de tout accident ou incident;
- Collaborent aux analyses approfondies;
- Suggèrent et mettent en œuvre les mesures correctives et préventives suite aux évènements en fonction de leurs responsabilités dans l'organisation.

7.2 Gestionnaire

- Participe activement à la mise en place des activités et au bon fonctionnement des processus liés à la prestation sécurité et à la gestion des risques en mettant à contribution des usagers partenaires et leur équipe.
- Sensibilise ses employés, bénévoles et patients à la sécurité des soins et services.
- S'assure que tout son personnel reçoive la formation nécessaire sur la gestion des risques et la prestation sécuritaire.
- Promeut la culture sans blâme et juste.

- Implante et met en application des méthodes d'identification, d'analyse et de contrôle des risques.
- S'assure que tous les accidents et incidents soient déclarés selon les procédures établies.
- Analyse les évènements, complète et soumet une analyse sommaire de chaque évènement à la fin de chaque période budgétaire.
- Recommande, implante et évalue (avec le soutien du gestionnaire de risque au besoin) les mesures correctrices.
- Transmet le rapport périodique des déclarations au gestionnaire de risque de son secteur;
- Informe le gestionnaire de risques dans un délai immédiat de l'occurrence d'un évènement sentinelle ou des événements présentant des risques médiatiques ou juridiques.
- S'assurer que la prestation sécuritaire et la gestion des risques soit un point statutaire dans les réunions avec les employés formant l'équipe interdisciplinaire;
- Collabore avec le gestionnaire de risque aux analyses approfondies post évènement sentinelle;
- Met en application les recommandations du comité de gestion des risques et les plans d'actions en lien avec la sécurité des usagers;
- Assiste l'usager victime d'un accident;
- Assure que la divulgation aux usagers a été faite;
- Offre du soutien au personnel impliqué dans un accident;
- S'assure que toute menace explicite d'action légale est rapportée au gestionnaire de risques;
- Implante les actions applicables dans son secteur en lien avec le plan de sécurité.

7.3 Gestionnaire de risques

- Coordonne les activités reliées à l'implantation, le développement et le suivi de la politique sur la culture de sécurité;
- Soutient les gestionnaires et le personnel en regard de l'application de cette politique;
- Reçoit les formulaires d'accidents et d'incidents pour créer le registre local et selon le calendrier ministériel de transmission du registre local aux MSSS pour l'alimentation du registre national;
- Prépare les rapports trimestriels de gestion des risques pour le comité de direction, le comité de la qualité et de gestion des risques, le comité vigilance, le conseil d'administration et les équipes;
- Développe et met à jour les procédures nécessaire à l'application de la présente politique;
- Reçoit, compile et analyse les différents rapports d'analyse et de divulgation;
- Coordonne et suit le processus d'analyse approfondie et l'application du plan d'action pour éviter la récurrence;

- Présente au comité de gestion des risques et de la qualité les analyses approfondies des évènements sentinelle et le suivi des plans d'action en collaboration avec les équipes.
- Propose au directeur de la qualité, évaluation, performance, éthique et archives les indicateurs nécessaires à la mesure de la sécurité des usagers et du niveau de développement de la culture;
- Forme les prestataires de services à la sécurité des usagers, culture, gestion des événements, déclaration et divulgation;
- Soutient les équipes dans les démarches de divulgation;
- Communique avec les archives pour demander la protection du dossier des usagers lors d'événement sentinelle;
- Soutient les équipes dans l'analyse des rapports trimestriels et annuels;
- Identifie les recommandations à mettre en place lors de récurrence d'un type d'évènement et en fait le suivi d'implantation auprès des directions concernées imputables;
- Assure que le coroner soit informé, reçoit les recommandations du coroner et assure de faire le suivi avec les directions impliquées dans la mise en œuvre de ces recommandations.

7.4 Le directeur de la qualité, innovation, évaluation, performance et éthique

- Agit pour le président directeur général dans le mandat de la gestion des risques;
- S'assure que son équipe soutienne le personnel du CIUSSS dans la prévention et la gestion des risques;
- Effectue une reddition de compte, au moins trimestrielle, au comité de direction et au conseil d'administration sur la sécurité des patients / résidents / usagers et sur l'état de développement de la culture de sécurité;
- Fait le suivi auprès des parties prenantes de l'implantation et du suivi du plan de sécurité organisationnel.
- Le directeur de la DQIEPE a la responsabilité de s'assurer que les CHSLD privés et les RPA maintiennent leur propre processus de déclaration et l'inscrivent dans leur propre registre SISSS local.

7.5 Le conseil d'administration et son Comité Vigilance et de la qualité

Est engagé dans le soutien à la culture de sécurité et dans la prestation sécuritaire des soins et services.

- Reçoit les rapports du PDG et de la directrice de la qualité, de l'innovation, de l'évaluation, de la performance, et de l'éthique concernant la prestation sécuritaire des soins et services et formule des recommandations additionnelles si nécessaire à la suite de son analyse de l'information reçue;

- S’assure que les activités et processus requis sont en place dans l’organisation et reçoivent les rapports sur la sécurité et la culture de sécurité;
- Suit la formation concernant la prestation sécuritaire de soins et des services notamment concernant les attentes en lien avec son rôle;
- le Comité de gestion des risques et de la qualité se rapporte au Comité Vigilance et qualité qui agit pour le conseil d’administration;
- Reçoit les rapports trimestriels du registre des événements indésirables, les événements sentinelles, les tendances, les actions à mettre en place et fait des recommandations additionnelles si nécessaires
- Fait le suivi d’implantation du plan de sécurité;
- Suit les indicateurs en lien avec la prestation sécuritaires et fait des recommandations si nécessaire.

8. Références

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2020) Déclaration des incidents et des accidents. Lignes Directrices. 35 pages.

Centre hospitalier de l'Université de Montréal. (2004). Glossaire canadien sur la prestation sécuritaire des soins et services au patient. Août. 222 pages.

CIUSSS CODIM, Code d'éthique. 2016.

CSSS Jeanne-Mance. Politique sur la déclaration et la divulgation des accidents et incidents.

Fleming M. (2006) Mesurer et améliorer la sécurité des patients : un guide Info-Thème. Bulletin de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. No. 1 Octobre.

Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q, c. S-4.2, art 233.1, art 183.3, art 183.4

Politiques et procédures en gestion des risques des établissements constituant le CIUSSS CODIM.

Reason J. (1997) Managing the Risks of Organizational Accidents. Ashgate. 252 pages.

Rosenberg, L., Matrice Hoshin-Kanri, 2015, 2016, 2017, 2018.

Cadre canadien d'analyse des incidents, Institut canadien pour la sécurité des patients, ISBN 978-1-926541-45-7

Lignes nationales relatives à la divulgation, Parler ouvertement aux patients et aux proches, Institut canadien pour la sécurité des patients, ISBN 978-1-926541-37-2

Gérer les incidents et accidents dans la prestation des soins et services pharmaceutiques, ordre des pharmaciens du Québec, ISBN 978-2-922438-42-0

Code de déontologie des médecins.

Code de déontologie des infirmières.

Code de déontologie des pharmaciens.

Chapitre 10, Section 2 Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînées et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité (RLRQ, Chapitre L-6.3) : http://legisquebec.gouv.qc.ca/en/showdoc/cs/L-6.3

Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q, c. S-4.2, art 302, art 312)

9. Annexes

Annexe 1 : Évaluation du niveau de gravité des incidents et accidents. Définition et arbre décisionnel

Annexe 2 : Formulaire AH-223 / Formulaire AH-520 (REIAT)

Annexe 3 : Exemples d'évènements sentinelle

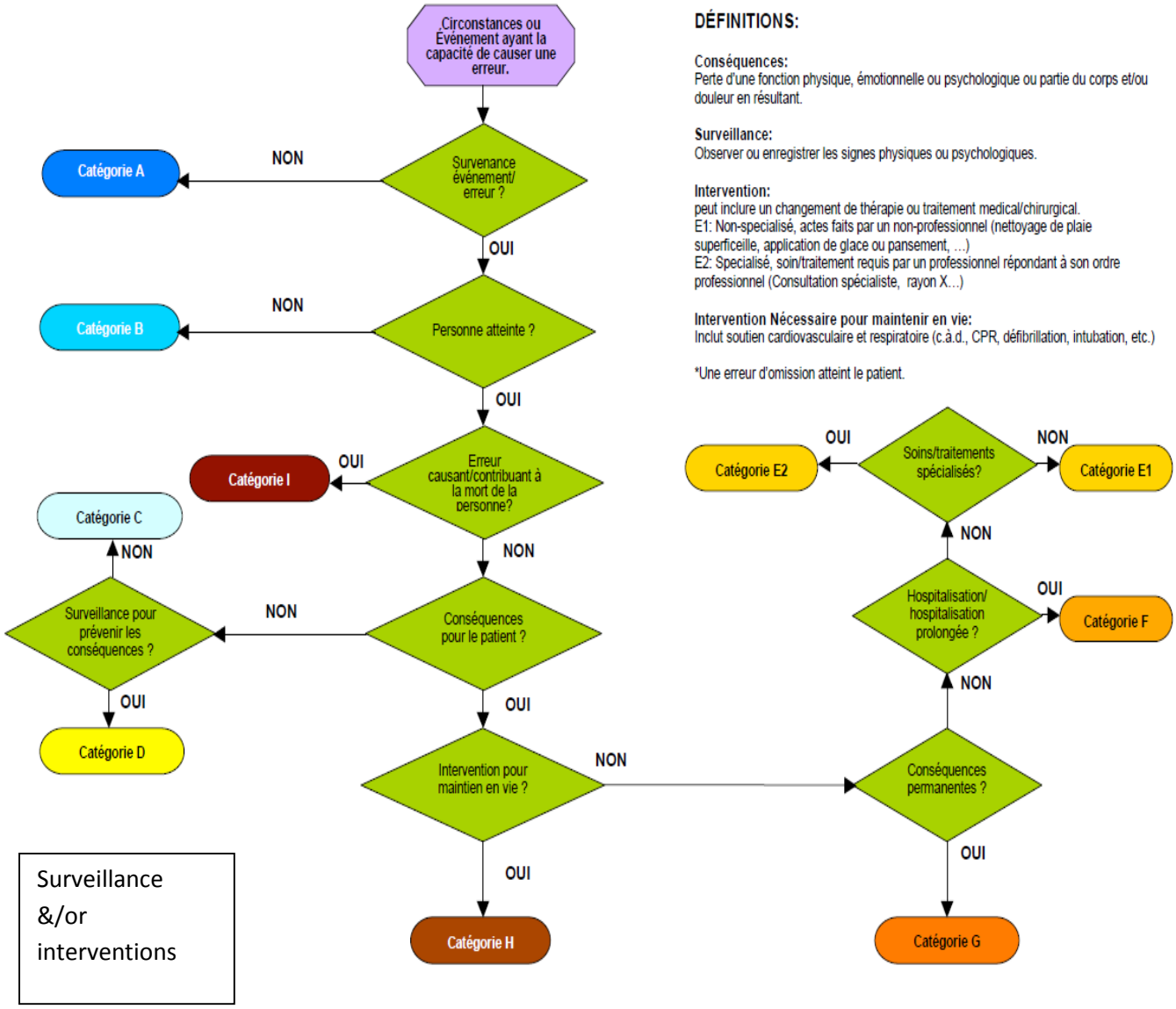
Annexe 4 : Liste de vérification et outil de documentation d'un évènement sentinelle –ASHRM RCA guide / Lean tools (Fishbone, A3, process maps) / FMEA

Annexe 5 : Modèle de plan d'action

Annexe 1 : Évaluation du niveau de gravité des incidents et accidents - Définition et arbre décisionnel

Échelle de niveaux de gravité				
INCIDENT	A			**Circonstance ou situation à risque de provoquer un événement indésirable ou d'avoir des conséquences pour l'usager.**
INCIDENT	B			**Un événement indésirable est survenu, mais l'usager n'a pas été touché** (échappée belle).
ACCIDENT	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).
ACCIDENT	Divulgation facultative	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.**
ACCIDENT	Divulgation obligatoire	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).
ACCIDENT	Divulgation obligatoire	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.**
ACCIDENT	Divulgation obligatoire	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.**
ACCIDENT	Divulgation obligatoire	Événement sentinelle	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).
ACCIDENT	Divulgation obligatoire	Événement sentinelle	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).
ACCIDENT	Divulgation obligatoire	Événement sentinelle	I	**Un événement indésirable est survenu, a touché l'usager et est à l'origine de conséquences qui ont contribué à son décès.**
ACCIDENT	Indéterminé			**Un événement indésirable est survenu, a touché l'usager, mais les conséquences ou leur niveau de gravité est inconnue au moment de la déclaration.**

ÉCHELLE DE GRAVITÉ DES INCIDENTS / ACCIDENTS - DÉFINITIONS & ARBRE DÉCISIONNEL



DÉFINITIONS:

Conséquences:
Perte d'une fonction physique, émotionnelle ou psychologique ou partie du corps et/ou douleur en résultant.

Surveillance:
Observer ou enregistrer les signes physiques ou psychologiques.

Intervention:
peut inclure un changement de thérapie ou traitement medical/chirurgical.
E1: Non-specialisé, actes faits par un non-professionnel (nettoyage de plaie superficeille, application de glace ou pansement, ...)
E2: Specialisé, soin/traitement requis par un professionnel répondant à son ordre professionnel (Consultation spécialiste, rayon X...)

Intervention Nécessaire pour maintenir en vie:
Inclut soutien cardiovasculaire et respiratoire (c.à.d., CPR, défibrillation, intubation, etc.)

*Une erreur d'omission atteint le patient.

Adaptation du National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention. Tous droits réservés © 2001

Annexe 2 : Formulaire AH-223 / Formulaire AH-520 (REIAT)

N° de l'événement

RAPPORT DE DÉCLARATION D'INCIDENT OU D'ACCIDENT

N° du formulaire 1289245

DT9034

Section 1 : Identification de la personne touchée

Type de personne touchée :

☐ Aucune **(si oui, passez à la section 2)** ☐ Usager

Nom de l'établissement

☐ CH ☐ CHSLD ☐ CJ ☐ CLSC ☐ CRD ☐ CRDI ☐ CRDP

Section 2 : Date, heure, lieu de l'événement

	Date			Heure		
	Année	Mois	Jour	Heure	Min.	
Événement						☐ Réelle ☐ Estimée ☐ Indéterminée
Constat						

Lieu où s'est produit l'événement *(précisez le site, le service, l'unité, le lieu, le type de local ou d'espace)* :

Information sur l'usager

Curatelle : ☐ Non ☐ Oui

Si oui : ☐ Privée ☐ Publique

Type de déficience : ☐ Aucune ☐ Auditive ☐ Cognitive ☐ Intellectuelle ☐ Langage ☐ Motrice ☐ Multidéficiences ☐ Physique ☐ Visuelle

Situation préalable

État de la personne : ☐ Normal ☐ Agité ☐ Somnolent ☐ Inconnu ☐ Désorienté/confus ☐ Agressif/violent ☐ Comateux

Capacité de déplacement :

Autonomie : ☐ Totale ☐ Partielle ☐ Dépendance totale ☐ Inconnue

Surveillance requise : ☐ Usuelle ☐ Étroite ☐ Continuelle ☐ Inconnue

Section 3 : Description factuelle, objective et détaillée de l'événement (sans analyse, ni jugement, ni accusation, non nominatif)

Section 4 : Type d'événement *(Faire un choix de A à G)*

A- Chute : ☐ Chute ☐ **Quasi-chute** *(décrivez les circonstances précises – veuillez cocher la case appropriée)*

☐ Bain/douche ☐ Chaise/fauteuil ☐ Civière ☐ En circulant ☐ Escalier ☐ Lève-personne ☐ Lit ☐ Lors d'activités

☐ Lors d'un transfert ☐ Toilette ☐ Trouvé par terre ☐ Autre (précisez) :

B- Erreur de : ☐ **Médicament** ☐ **Traitement/intervention** ☐ **Diète**

☐ Allergie connue ☐ Conservation/entreposage ☐ Disparition/décompte ☐ Disponibilité ☐ Dose/débit

☐ Heure/date d'administration ☐ Identité de l'usager ☐ Infiltration/extravasation ☐ Non respect d'une procédure/protocole ☐ Omission

☐ Péremption ☐ Trouvé ☐ Type/sorte/texture/consistance ☐ Voie d'administration

☐ Autre (précisez) :

a Médicament/traitement/intervention/diète **qui a effectivement été administré**				b Médicament/traitement/intervention prescrit/diète **qui aurait dû être administré**			
Identification	Dose	Voie	Heure	Identification	Dose	Voie	Heure

Autres renseignements :

C- Test diagnostique :

☐ **Laboratoire**

☐ Pré-analytique ☐ Analytique ☐ Post-analytique ☐ Description ☐ Erreur de saisie liée à l'ordonnance

☐ Erreur liée à l'identification ☐ Non respect d'une procédure ☐ Autre (précisez) :

Identification

AH-223-1 DT9034 (rév. 2014-02) **RAPPORT DE DÉCLARATION D'INCIDENT OU D'ACCIDENT** **DOSSIER DE L'USAGER**

Précisez les mesures/les actions à prendre pour prévenir la récurrence d'un tel événement :

Section 9 : Témoin(s) de l'événement

Nom et numéro de téléphone (adresse au besoin) :

Fonction ou type en lien avec l'usager

(Le gestionnaire responsable du suivi doit remplir les sections 10 à 13)

Section 10 : Causes possibles

☐ Inconnues ☐ Environnementales ☐ Liées à l'organisation du travail ☐ Liées à la personne touchée ☐ Liées à un fournisseur

☐ Liées aux facteurs humains ☐ Autres types de causes (précisez) :

Précisez :

Lorsque erreur de médication précisez l'étape du circuit ☐ Approvisionnement ☐ Émission de l'ordonnance ☐ Traitement de l'ordonnance ☐ Gestion de la médication à l'unité de soins/service/ressource d'hébergement

AH-223-1 DT9034 (rév. 2014-02) **RAPPORT DE DÉCLARATION D'INCIDENT OU D'ACCIDENT** **DOSSIER DE GESTION DES RISQUES (copie confidentielle)**

N° du formulaire 1289245

Nom de l'usager	N° de dossier

Section 4 : Type d'événement *(Faire un choix de A à G)*

C- Test diagnostique

☐ **Imagerie**

☐ Angiographie ☐ Échographie ☐ Fluoroscopie ☐ IRM (résonance magnétique) ☐ Mammographie ☐ Ostéodensitométrie

☐ Radiographie ☐ SPECT (tomographie d'émission monophotonique) ☐ Stéréotaxie ☐ TEP Scan (tomographie par émission de positrons)

☐ Tomodensitométrie ☐ Autre test (précisez) : _____

Type : ☐ Dose ☐ Examen prescrit ☐ Identité de l'usager ☐ Qualité de l'image clinique ☐ Protocole administré

☐ Réaction indésirable ☐ Autre (précisez) : _____

Examen/Protocole **qui a effectivement été administré**	Examen/Protocole prescrit **qui aurait dû être administré**
Identification	Identification

Autres renseignements :

D- Problème de retraitement des dispositifs médicaux (RDM)

☐ Retraitement des dispositifs médicaux (RDM) ☐ Utilisation d'un matériel médical à usage unique critique ou semi-critique retraité par l'établissement (MMUU)

E- Problème de : ☐ Matériel ☐ Équipement ☐ Bâtiment ☐ Effet personnel

Description du matériel/de l'équipement/du bâtiment/de l'effet personnel en cause :

☐ Bris/défectuosité ☐ Dégât d'eau ☐ Disparition/perte ☐ Disponibilité ☐ Incendie ☐ Panne d'ascenseur

☐ Panne électrique ☐ Panne informatique ☐ Panne système télécom. ☐ Programmation ☐ Salubrité ☐ Stérilité/bris d'asepsie

☐ Utilisation non conforme ☐ Autre (précisez) : _____

F- Problème d'abus, d'agression, de harcèlement ou d'intimidation

☐ Abus ☐ Agression ☐ Harcèlement ☐ Intimidation **Type :** ☐ Physique ☐ Psychologique/verbal ☐ Sexuel ☐ Financier

G- Autres types d'événements *(veuillez cocher la case appropriée)*

☐ Accès non autorisé (lieux, équipements, etc.) ☐ Automutilation ☐ Blessure d'origine connue ☐ Blessure d'origine inconnue

☐ Bris de confidentialité ☐ Décompte chirurgical inexact – omis ☐ Défaut de port d'équipement/vêtement de protection ☐ Désorganisation comportementale (avec blessure)

☐ Erreur liée au dossier ☐ Évasion (garde fermée) ☐ Événement en lien avec une activité ☐ Événement relié au transport

☐ Fugue/disparition (encadrement intensif) ☐ Intoxication suite à consommation drogue/alcool ou substance dangereuse ☐ Lié au consentement ☐ Lié à l'identification

☐ Lié aux mesures de contrôle (isolement et contentions) ☐ Obstruction respiratoire ☐ Plaie de pression ☐ Relation sexuelle en milieu d'hébergement

☐ Tentative de suicide/suicide ☐ Trouvé en possession d'objets dangereux (arme à feux, arme blanche, etc.)

☐ Autre (précisez) : _____

Section 5 : Conséquence(s) immédiate(s) observée(s) pour la personne touchée *(veuillez cocher la ou les case(s) appropriée(s))*

☐ Aucune ☐ Psychologiques ☐ Physiques ☐ Autre (précisez) : _____

Décrivez les conséquences physiques *(parties du corps, douleurs, ecchymoses, fractures, etc.)*, psychologiques ou autres pour la personne touchée :

Section 6 : Intervention(s) effectuée(s), mesure(s) prise(s) et personne(s) jointe(s) ou prévenue(s)

Décrivez les mesures prises :

Personnes avisées				
	Nom :	Fonction ou lien :	Heure :	☐ Visite faite
	Nom :	Fonction ou lien :	Heure :	☐ Visite faite
	Nom :	Fonction ou lien :	Heure :	☐ Visite faite

Section 7 : Nom du déclarant *(une seule personne)*

Nom du déclarant (en lettres moulées)	Titre ou fonction	N° de poste	Signature	Date (année, mois, jour)

AH-223-1 DT9034 (rév. 2014-02) RAPPORT DE DÉCLARATION D'INCIDENT OU D'ACCIDENT DOSSIER DE L'USAGER

☐ Autre (précisez) : _____

Autre mesure de prévention :

Nom du gestionnaire ou responsable	Titre ou fonction	N° de poste	Signature	Date (année, mois, jour)

Section 12 : Gravité

Incident	Accident	Événement sentinelle
☐ A ☐ B	☐ C ☐ D ☐ E1 ☐ E2 ☐ F ☐ G ☐ H ☐ I ☐ Indéterminée	☐ Oui ☐ Non

Section 13 : Divulgation (obligatoire pour E1 à I)

Divulgation : ☐ N/A ☐ Faite **Documentation :** ☐ Au dossier ☐ Sur le « Rapport de divulgation »

Personne(s) à qui est faite la divulgation :

☐ Usager ☐ Curatelle ☐ Représentant légal

☐ Parents/proches ☐ Autre

Nom, prénom de la personne responsable de la divulgation | Date (année, mois, jour)

AH-223-1 DT9034 (rév. 2014-02) RAPPORT DE DÉCLARATION D'INCIDENT OU D'ACCIDENT DOSSIER DE GESTION DES RISQUES (copie confidentielle)

N° de l'événement : 12685608-2018-00003606
N° du dossier :

Date de création : 2018-06-01
Code utilisateur : kavzov01

N° de l'événement
12685608-2018-00003606

DTR280

RAPPORT D'ÉVÉNEMENT INDÉSIRABLE ASSOCIÉ À LA TRANSFUSION

N° du formulaire

Région : 06 - Montréal
Établissement : L'HÔPITAL GÉNÉRAL JUIF SIR MORTIMER B. DAVIS
Installation : HÔPITAL GÉNÉRAL JUIF

Section 1 - Identification de la personne touchée

☐ Aucune (passez à la section 2)

Date de naissance | Âge | N° dossier | N° chambre
Nom à la naissance | Prénom
Adresse | Sexe :
Code postal
Téléphone | Poste | N° d'ass. maladie | ☐ NAM-ND
Nom médecin traitant | Prénom médecin traitant

Section 2 - Date, heure, lieu de l'événement

Moment de survenue — Date — Heure

Événement : ☐ Réel ☐ Estimé ☐ Indéterminé
Constat : ☐ Identique à date/heure de l'événement

Lieu où s'est produit l'événement
Lieu de survenue :
Service : 5140 - Unité de soins (médecine/chirurgie)
Autre, préciser :

Produit(s) transfusé(s) : ☐ Oui ☐ Non ☐ ND
Erreur de procédure transfusionnelle ou dérogation aux normes : ☐ Oui ☐ Non
Réaction transfusionnelle : ☐ Oui ☐ Non

Section 3 - Produit(s) transfusé(s)

Type de produit	Code / libellé du produit	Numéro de don (ou numéro de lot)	ABO	Rh	Quant. admin. Fraction	mL	Début de la transfusion Date	Heure	Fin de la transfusion Date	Heure

Autres produits sanguins reçus dans les 6 heures précédant la réaction? ☐ Oui ☐ Non

Commentaires:

Section 4 - Erreur de procédure transfusionnelle ou dérogation aux normes (cocher la case et préciser plus bas)

☐ Erreur associée au prélèvement
☐ Erreur associée à l'analyse
☐ Erreur associée à l'émission du produit
☐ Erreur associée à la requête
☐ Erreur associée à la gestion du produit (banque de sang)
☐ Erreur associée à la réception de la requête
☐ Erreur associée à la cueillette du produit
☐ Erreur associée à la transfusion (unité de soins)

Nouveau prélèvement demandé ☐ Oui ☐ Non

Préciser l'erreur et la décrire :

Section 5 - Réaction transfusionnelle

Utilisation d'équipement ☐ Oui ☐ Non
☐ Filtre — Défectueux? ☐ Pompe à débit — Défectueux? ☐ Réchauffe-sang — Défectueux? ☐ Dispositif sous pression — Défectueux? ☐ Récupérateur (cell saver) — Défectueux?
☐ Autre équipement, préciser : — Autre, défectueux?

Prémédication ☐ Oui ☐ Non
☐ Antipyrétique ☐ Antihistaminique ☐ Corticostéroïde ☐ Diurétique
☐ Autre prémédication, préciser :

Signes vitaux (à compléter dans tous les cas) * ND : non	Date	Heure	T°	*ND	Site (prise de T°)	TA	*ND	Saturation	*ND	FR	*ND	FC	*ND
☐ Pré:			°C	☐	☐ B ☐ A ☐ R ☐ Ind	/	☐	%	☐		☐		☐
☐ Post:			°C	☐	☐ B ☐ A ☐ R ☐ Ind	/	☐	%	☐		☐		☐

Signes et symptômes ☐ Aucune manifestation

☐ Fièvre ☐ Frissons ☐ Hypotension ☐ Hypertension ☐ Choc ☐ Tachycardie ☐ Bradycardie ☐ Nausées ☐ Vomissements
☐ Sibilances ☐ Dyspnée ☐ Tachypnée ☐ Hémoglobinurie(urine rouge/foncée) ☐ Saignement diffus ☐ Diaphorèse/bouffée de chaleur ☐ Étourdissement
☐ Épistaxis ☐ Hypoxémie ☐ Syncope ☐ Pâleur ☐ Diarrhée ☐ Bronchospasme ☐ Développement d'anticorps, préciser :
☐ Anémie Hb pré : ___ g/L Hb post : ___ g/L ☐ Ictère ☐ Toux

Autre Ac. préciser :
☐ Autre sx, préciser :
☐ Urticaire Préciser la localisation :

N° de l'événement : 12685008-2018-00003806
N° du dossier :

Date de création : 2018-08-01
Code utilisateur : kevzov01

☐ Prurit — Préciser la localisation :
☐ Érythème — Préciser la localisation :
☐ Oedème :
Autre oedème, préciser :
☐ Douleurs :
Autre(s) douleur(s), préciser :

Section 6 - Mesures prises

☐ Médecin avisé — Nom : — Prénom : — Date : — Heure :

☐ Aucune
☐ Arrêt de la transfusion
☐ Reprise de la transfusion

☐ Antibiotique
☐ Antihistaminique
☐ Antipyrétique
☐ Anxiolytique
☐ Autre médication, préciser :
☐ Autre mesure, préciser :

☐ Corticostéroïde
☐ Diurétique
☐ Vasopresseur
☐ Antiémétique

☐ Analgésique
☐ Antihypertenseur
☐ Anti-inflammatoire
☐ Bronchodilatateur

☐ Bolus IV liquidien
☐ Oxygène supplémentaire
☐ Intubation endo-trachéale
☐ Respiration assistée

☐ Soins intensifs requis
☐ Hémoculture
☐ Radiographie pulmonaire
☐ Autres analyses, préciser :

Personnes avisées de l'événement

☐ Usager — Date : — Heure :
☐ Responsable de service — Nom : — Prénom : — Date : — Heure :
☐ Représentant de l'usager — Nom : — Prénom : — Date : — Heure :

Section 7 - Réservé à la banque de sang

Héma-Québec avisée : ☐ Oui ☐ Non — Numéro dossier Héma-Québec : — Date : — Heure :

Culture du produit : ☐ Oui ☐ Non — Date : — Heure : — Signature du technologiste :

Déclarant : Nom : Kevorkian — Prénom : Zovig — Signature — Date du rapport — Heure

AH-820 (rév. 2017-01)

RAPPORT D'ÉVÉNEMENT INDÉSIRABLE ASSOCIÉ À LA TRANSFUSION

Dossier de l'usager
Banque de sang

https://reiat.rtss.qc.ca/REIAT

Annexe 3 : Exemples d'évènements sentinelle

Exemples d'événements sentinelles

A. L'événement a entraîné un décès imprévu, requiert des interventions pour le maintien de la vie ou une perte importante et permanente de la fonction, qui n'est pas associée à l'évolution naturelle de la maladie du patient ou à une pathologie sous-jacente. Vous trouverez, ci-dessous, une liste non exhaustive d'exemples de situations qui peuvent être considérées comme des événements sentinelles (même si elles n'ont pas entraîné de décès ou une perte importante et permanente de fonction sans rapport avec l'évolution naturelle de la maladie du patient ou d'une pathologie sous-jacente) :

1. Une intervention chirurgicale sur la mauvaise personne ou une mauvaise partie du corps;
2. Le suicide de toute personne recevant des soins, des traitements ou des services dans un milieu de soins doté d'un personnel ininterrompu ou dans les 72 heures précédant le congé;
3. Avoir laissé de manière non intentionnelle un objet étranger dans le corps d'une personne suite à une intervention chirurgicale ou à toute autre intervention, ce qui a eu pour conséquence la nécessité de procéder à une nouvelle opération ou une autre intervention chirurgicale;
4. Embolie gazeuse intravasculaire entraînant un décès ou des lésions neurologiques;
5. Désorganisation comportementale de l'usager avec des blessures permanentes;
6. Non application de la procédure de non réponse pour un usager retrouvé décédé à domicile;
7. Réaction transfusionnelle hémolytique associée à l'administration de sang ou de produits sanguins présentant des incompatibilités importantes avec le groupe sanguin du patient (REIAT);
8. Erreur de médicament entraînant le décès d'un usager possiblement due à une mauvaise administration de médicaments;
9. Décès de la mère ou morbidité grave associée au travail ou à l'accouchement;
10. Décès imprévu d'un enfant à terme;
11. Remettre un nourrisson à la mauvaise famille;
12. Enlèvement de toute personne recevant des soins, des traitements ou des services;
13. Grave hyperbilirubinémie néonatale (bilirubine > 30 milligrammes par décilitre);
14. Viol;
15. Tout autre événement indésirable dans lequel un décès ou un préjudice grave à un patient est survenu et respecte l'ensemble des critères suivants, l'événement :
    - est rare;
    - signale une défaillance catastrophique;
    - pourrait saper grandement la confiance du public envers l'HGJ.

B. Tout événement indésirable survenu fréquemment, dans un laps de temps très court, et qui peut avoir ou ne pas avoir entraîné de préjudices pour le patient. Quelques exemples :

- éclosion d'infections nosocomiales;
- perte de dossiers médicaux;
- défaillance des services publics;
- défaillance d'un matériel biomédical essentiel.

Annexe 4 : Liste de vérification et outil de documentation d'un évènement sentinelle – ASHRM RCA guide / Lean tools (Fishbone, A3, process maps) / FMEA.

SENTINEL EVENT REVIEW CHECKLIST & DOCUMENTATION TOOL

This form is to be used by the Risk Manager and interdisciplinary review team to report the completed investigation of the Sentinel Event. This is to be completed within 45 working days of the event.

This report is protected by law 71, art.183.3 and 183.4, S-4.2 for confidentiality and against any judicial proceedings.

Sentinel Event – Incident / Accident AH-223 Form Number:

1.	THE EVENT	
1.1.	Description of **what happened**. It may be useful to insert a flowchart, if helpful:	

2.	*SENTINEL EVENT - CONTRIBUTING FACTORS AND ROOT CAUSES*		
2.1.	Were there issues related to **patient assessment** in this event?	Yes No (please circle)	If yes, **describe the assessment process** and how it appeared to contribute.
	Were issues related to **staff training or staff competency** a factor in this event?	Yes No (please circle)	If yes, **describe how lack of training** or competency appeared to contribute.

2.	*SENTINEL EVENT - CONTRIBUTING FACTORS AND ROOT CAUSES*		
2.2.	Was **equipment** (or the use or lack of use of equipment) involved in this event in any way?	Yes No (please circle)	If yes, **describe the malfunction**/**absence** and state how it appeared to contribute.
2.3.	Was **a lack of information or misinterpretation of** information a factor in this event?	Yes No (please circle)	If yes, **describe the perceived deficiency**.

2.	*SENTINEL EVENT - CONTRIBUTING FACTORS AND ROOT CAUSES*		
2.4.	Was **communication** a factor in this event?	Yes No (please circle)	If yes, **describe the perceived deficiency**.
2.5.	Were appropriate **policies/procedures** or guidelines – or lack thereof – a factor in this event?	Yes No (please circle)	If yes, **describe how it appeared to contribute**.

2.	*SENTINEL EVENT - CONTRIBUTING FACTORS AND ROOT CAUSES*		
2.6.	Was the **failure of a safety mechanism or barrier** designed to protect the patient, staff, equipment or environment a factor in this event?	Yes No (please circle)	If no, **describe the failure** and how it appeared to contribute.
2.7.	Were specific **patient issues** a factor in this event?	Yes No (please circle)	If yes, **describe the patient factors** that may have contributed.

Annexe 5 : Modèle de plan d'action

Plans d'action	Responsables	Résultat attendu	Chronologie	Preuve d'amélioration et de propagation (indicateurs, vérifications, documentation)
1. Facteur causal :				