

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

PROCÉDURE

DÉCLARATION DES INCIDENTS ET DES ACCIDENTS LIÉS À LA SÉCURITÉ DES USAGERS

N° Procédure : **PRO-015**

N° Politique/Règlement associé :
POL-032

Responsable de l'application : Direction de la qualité, de
l'évaluation, de la performance et de l'éthique

Approuvée par : **Comité de direction**

Date d'approbation :
31 janvier 2023

Date de révision :
31 janvier 2027

Destinataires : Employés, personnes exerçant leur profession dans un centre exploité par le CIUSSS-EMTL incluant médecins et dentistes, stagiaires, bénévoles, responsables et employés dans les ressources qui, en vertu d'un contrat de service ou d'une entente dispensent, pour le compte du CIUSSS-EMTL, des services aux usagers, de même que toute personne en lien contractuel avec le CIUSSS-EMTL.

1. ÉTAPES COMMUNES

- 1.1. Se référer à la POL-032- *Déclaration des incidents et des accidents liés à la sécurité des usagers* ;
- 1.2. Au moment du constat, sécuriser l'environnement ;
- 1.3. S'assurer de la prise en charge de l'utilisateur touché ;
- 1.4. Signaler l'évènement aussitôt à son gestionnaire responsable.

2. ÉTAPES SPÉCIFIQUES – DÉCLARANT

- 2.1. Dans toutes les installations du CIUSSS-EMTL, la déclaration se fait directement dans le SISSS par le personnel ;
- 2.2. Pour accéder à l'application Système d'information sur la sécurité des soins et des services (SISSS), cliquer sur l'icône « Applications Établissements » qui se trouve sur le Bureau de votre poste informatique, puis cliquer sur « SISSS Production » ;
- 2.3. Pour la création d'un compte utilisateur SISSS, faire la demande à : gestion.des.risques.cemtl@ssss.gouv.qc.ca ;
- 2.4. Entrer votre code utilisateur et votre mot de passe lorsque vous êtes sur la page d'authentification de l'application SISSS ;
- 2.5. Cliquer sur l'icône « Formulaire » ;
- 2.6. Cliquer sur l'icône « AH-223 Déclaration » ;
- 2.7. Sélectionner « Nouvelle déclaration » afin d'effectuer votre déclaration ;
- 2.8. Compléter les sections 1 à 9 du rapport AH-223-1 le plus tôt possible après le constat de l'évènement (Annexes 1 et 2) ;
- 2.9. Inscrire un complément d'information dans la section 3 pour les types d'évènements suivants :
 - Erreur liée à la télésanté, inscrire télésanté ;

- Erreur de matériel ou d'équipement de soins, inscrire le numéro de série/numéro de lot ;
 - Erreur liée à un bris de la chaîne de froid pour un vaccin, inscrire bris de la chaîne de froid du vaccin ;
 - Erreur en lien avec les pompes à perfusion, inscrire le type de pompe ainsi que le numéro de série ;
- 2.10. Soumettre et imprimer le rapport de déclaration ;
- 2.11. Signer le rapport ;
- 2.12. Déposer la déclaration au dossier de l'utilisateur s'il y a un dossier physique sinon acheminer le rapport de déclaration au service des archives pour numérisation ;
- 2.13. Rédiger une note au dossier de l'utilisateur en faisant référence au numéro d'événement du rapport de déclaration complété.

3. ÉTAPES SPÉCIFIQUES – GESTIONNAIRE

- 3.1. Soutenir les membres de leur personnel qui sont impliqués dans un accident ou un incident ou qui en font la déclaration ;
- 3.2. Prendre connaissance de l'événement et des sections 1 à 9 complétées par le déclarant directement dans le SSSS ;
- 3.3. S'assurer qu'une divulgation initiale a été faite auprès de l'utilisateur ou de sa famille ou du représentant légal, si nécessaire¹ ;
- 3.4. S'assurer de la mise en place immédiate de mesures de prévention de la récurrence ;
- 3.5. Prévenir son supérieur et le conseiller cadre à la gestion intégrée des risques lors d'un événement avec des conséquences graves pour l'utilisateur ou lors d'un risque médiatique et/ou judiciaire ;
- 3.6. Remplir adéquatement les sections 10 à 13 du rapport AH-223-1² ;
- 3.7. S'assurer du suivi de la déclaration dans le registre ;
- 3.8. Solliciter le soutien du conseiller cadre à la gestion intégrée des risques dans la gestion de tout incident ou accident lié à la sécurité des usagers, le cas échéant.

4. ÉTAPES SPÉCIFIQUES – ÉTABLISSEMENTS, ORGANISMES OU PERSONNES AVEC ENTENTE OU CONTRAT DE SERVICE³

- 4.1. Déclarer tout incident ou accident à l'aide du rapport AH-223-1 (Annexe 1) ;
- 4.2. Prévenir l'intervenant référent de l'utilisateur afin qu'il procède à l'analyse ;
- 4.3. S'assurer de la mise en œuvre des mesures correctives.

¹ REG-010- *Divulgation de l'information nécessaire et mesures de soutien à un usager et aux proches à la suite d'un accident* et sa procédure associée (PRO-014).

² POL-035 – *Analyse des incidents et des accidents liés à la sécurité des usagers* et PRO-019- *Analyse des incidents et des accidents liés à la sécurité des usagers*.

³ Ressources intermédiaires, ressources de type familiale et ressources non institutionnelles.

5. ÉTAPES SPÉCIFIQUES – AGENT ADMINISTRATIF DE LA GESTION INTÉGRÉE DES RISQUES – Rapport papier

5.1. Saisir le contenu du rapport AH-223-1 directement dans le registre local du SISSS.

6. ÉLABORATION, RÉDACTION ET MISE À JOUR DE LA PRÉSENTE PROCÉDURE

6.1. Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique – Service de la gestion des risques et sécurité de l'information

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

6.2. Direction des soins infirmiers

Direction des services professionnels

Direction des services multidisciplinaires

Direction de l'hébergement en soins de longue durée

Direction des programmes de santé mentale, dépendance et itinérance

Direction du programme jeunesse et activités de santé publique, et Direction SAD et réadaptation des programmes SAPA et DI-TSA-DP

Directions ayant participé à l'élaboration, la rédaction et la mise à jour de la procédure.

6.3. Comité de gestion des risques

Il a été informé des éléments structurants de la présente politique et de sa procédure associée.

6.4. Calendrier de révision de la procédure

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

7. ENTRÉE EN VIGUEUR

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

8. ANNEXES

Annexe 1 - Rapport AH-223-1 - Rapport de déclaration d'incident ou d'accident ;
Annexe 2 - Sections 1 à 9 du rapport AH-223-1.

ANNEXE 1 : RAPPORT AH-223-1 - Rapport de déclaration d'incident ou d'accident

AH-223 Déclaration
Autres actions

<< Déclaration précédente
Déclaration suivante >>

RAPPORT DE DÉCLARATION D'INCIDENT OU D'ACCIDENT

N° de l'événement
2122-0308359

Système source :

Région : 06 - Montréal

Établissement : CIUSSS DE L'EST-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL

Installation :

Mission : CH OHSLD CI CLSC CRD CRDI CRDP

N° du formulaire

Section 1 : Identification de la personne touchée

Type de personne touchée :

Si "Aucune" (passez à la section 2)

Date de naissance N° dossier N° chambre

Nom à la naissance Prénom

Nom du conjoint(e) Prénom du conjoint(e)

Adresse

Code postal Téléphone Poste N° d'ass. maladie

Nom du médecin traitant Prénom du médecin traitant

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

Événement : Date Heure Précision sur l'heure

Constat :

Milieu de service :

Centre d'activité :

Endroit précis :

Autre endroit :

Information sur l'utilisateur

Curatelle : Non Oui

Type de déficience : Aucune Auditive Cognitive Intellectuelle Langage Motrice Multidéficiences

Physique Visuelle

Si oui : Privée Publique

Situation préalable

État de la personne : Capacité de déplacement : Surveillance requise :

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 sélectionner le bouton approprié)*

Bain/douche Chaise/touteuil Civière En circulant Escalier Lève-personne Lit

Lors d'activités Lors d'un transfert Toilette Trouvé par terre Autre

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'utilisateur Infiltration/extravasation Non-respect d'une procédure/protocole Omission

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

Autre (précisez) :

Médicament/traitement/intervention/diète qui a effectivement été administré **Médicament/traitement/intervention/diète qui aurait dû être administré**

Médicament : <input type="text"/>	Médicament : <input type="text"/>
Identification <input type="text"/> Dose <input type="text"/> Voie <input type="text"/> Heure <input type="text"/>	Identification <input type="text"/> Dose <input type="text"/> Voie <input type="text"/> Heure <input type="text"/>
Médicament : <input type="text"/>	Médicament : <input type="text"/>
Identification <input type="text"/> Dose <input type="text"/> Voie <input type="text"/> Heure <input type="text"/>	Identification <input type="text"/> Dose <input type="text"/> Voie <input type="text"/> Heure <input type="text"/>
Médicament : <input type="text"/>	Médicament : <input type="text"/>
Identification <input type="text"/> Dose <input type="text"/> Voie <input type="text"/> Heure <input type="text"/>	Identification <input type="text"/> Dose <input type="text"/> Voie <input type="text"/> Heure <input type="text"/>

Autres renseignements :

ANNEXE 1 – SUITE

AH-223 Déclaration
Autres actions

<< Déclaration précédente Déclaration suivante >>

C- Test diagnostique : **Laboratoire** Pré-analytique Analytique Post-analytique

Circonstance : Description Erreur de saisie liée à l'ordonnance Erreur liée à l'identification Non respect d'une procédure Autre

Autre (précisez) :

Identification Identification

C- Test diagnostique : **Imagerie**

Angiographie Échographie Fluoroscopie IRM (imagerie par résonance magnétique) Mammographie

Ostéodensitométrie Radiographie SPECT (tomographie d'émission monophotonique) Stéréotaxie TEP SCAN (tomographie par émission de positrons)

Tomodensitométrie Autre

Autre (précisez) :

Type : Dose Examen prescrit Identité de l'usager Qualité de l'image clinique Protocole administré Réaction indésirable Autre

Autre (précisez) :

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

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

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

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

Aucune Psychologiques Physiques Autre (précisez) :

Conséquence(s) psychologique(s) **Conséquence(s) physique(s)** **Partie(s) du corps atteinte(s)** **Autre(s) partie(s) du corps**

Agitation/désorganisation Abrasion Aucune

Anxiété Arrêt cardiorespiratoire Bouche

Confusion Asthénie Bras

Délire Brûlure Cheville

Désordre physiologique Choc vagal/perte de conscience Cou

Hallucinations Commotion Coude

Description détaillée des conséquences :

ANNEXE 1 – SUITE

Section 6 : Intervention(s) effectuée(s), mesure(s) prise(s), personne(s) jointe(s) ou prévenue(s)						
Type d'intervention ou de mesure			Type d'intervention ou de mesures			
*						
Précisions :						
Personne(s) avisée(s)						
Nom	Prénom	Fonction		Heure		
					<input type="checkbox"/> Visite faite	
					<input type="checkbox"/> Visite faite	
					<input type="checkbox"/> Visite faite	
Section 7 : Nom du déclarant						
Nom	Prénom	Titre ou fonction		Poste	Signature	Date du rapport
*	*					*
Sections réservées pour une ANALYSE SOMMAIRE (le déclarant doit remplir les sections 8 et 9)						
Section 8 : Recommandation(s) ou suggestion(s) du déclarant						
Précisez les mesures/les actions à prendre pour prévenir la récurrence d'un tel événement						
Section 9 : Témoin(s) de l'événement						
Nom	Prénom	Téléphone	Adresse (au besoin)		Fonction/lién avec l'utilisateur	
AH-223-1 DT9034 (rev. 2021-02)		RAPPORT DE DECLARATION D'INCIDENT OU D'ACCIDENT			DOSSIER DE GESTION DES RISQUES (copie confidentielle)	
Annuler		Valider		Soumettre déclaration		

ANNEXE 2 : SECTIONS 1 À 9 DU RAPPORT AH-223-1

SECTIONS	UTILITÉ
Section 1 : Identification de la personne touchée	Sert à identifier la personne touchée par l'événement. Toutefois, il est possible que personne ne soit touché lorsqu'il s'agit d'un incident.
Section 2 : Date, heure, lieu de l'événement	Sert à préciser les détails de l'événement. <u>NOTES</u> : le lieu de l'événement équivaut au lieu où l'événement a été constaté.
Section 3 : Description factuelle, objective et détaillée de l'événement	Sert à décrire les faits de façon factuelle, objective et détaillée sans analyse ni jugement. L'information contenue dans cette section doit être non nominative quant aux usagers et/ou au personnel du CIUSSS-EMTL. <u>NOTES</u> : Seules les abréviations reconnues par le CIUSSS-EMTL peuvent être utilisées.
Section 4 : Type d'événement	Sert à préciser la nature de l'événement et les renseignements de la section 3. Le déclarant doit remplir la sous-section appropriée au type d'événement.
Section 5 : Conséquence(s) immédiate(s) observée(s) pour la personne touchée	Sert à préciser les conséquences immédiates subies par la personne touchée par l'événement.
Section 6 : Intervention(s) effectuée(s), mesure(s) prise(s) et personne(s) jointe(s) ou prévenue(s)	Sert à décrire les interventions effectuées et les mesures prises pour éviter, réduire ou limiter les dommages ou contrôler la situation. Cette section permet également d'identifier les personnes jointes ou prévenues.
Section 7 : Nom du déclarant	Sert à identifier le nom de la personne qui a constaté l'événement et qui a produit le rapport, et à indiquer la date de la déclaration. <u>NOTES</u> : il est important que les informations soient précises, complètes et lisibles.
Section 8 : Recommandation(s) ou suggestion(s) du déclarant	Permet au déclarant de proposer des mesures susceptibles de prévenir la récurrence. Le déclarant doit remplir cette partie. <u>NOTES</u> : Ces propositions permettent l'identification de mesures de prévention adaptées aux spécificités du milieu. Elles représentent la contribution de chaque déclarant à la création d'un milieu sécuritaire des soins et services.
Section 9 : Témoin(s) de l'événement	Permet de préciser le nom des autres témoins de l'événement.

Tiré et adapté du *Guide d'utilisation du rapport de déclaration d'incident ou d'accident – AH-223-1*, disponible sur le site internet du Ministère de la santé et des services sociaux : <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca>.