

TITRE : Politique de déclaration des incidents et des accidents liés à une prestation de soins et de services aux usagers	
RESPONSABLE : Direction qualité, évaluation, performance, éthique et Lean (DQÉPÉL)	ÉMISE LE : 2018-12-06
ADOPTÉE PAR : Conseil d'administration	RÉVISÉE LE : Révision antérieure :
POLITIQUE <input checked="" type="checkbox"/>	PROCÉDURE <input type="checkbox"/>

1 PRÉAMBULE

La présente politique de déclaration des incidents et des accidents liés à une prestation de soins et de services aux usagers vient soutenir les orientations du Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre (CISSSMC) selon lesquelles la sécurité et la qualité de la prestation des soins et des services sont prises en compte à tous les niveaux de l'organisation. Elle vise à assurer l'application des meilleures pratiques de gouvernance et de gestion des risques dans l'ensemble de l'établissement et à respecter ses obligations légales et normatives en matière de prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux aux usagers.

2 CHAMPS D'APPLICATION

La présente politique s'adresse à toute personne qui travaille ou qui exerce sa profession au CISSSMC ou dans un centre exploité par l'établissement, de même qu'aux administrateurs, médecins, bénévoles, stagiaires et fournisseurs. Elle s'adresse aussi à toute personne qui, en vertu d'un contrat de service, dispense pour le compte de l'établissement des services aux usagers de ce dernier. Par ordre de priorité, la personne qui doit déclarer l'incident ou l'accident est celle qui est à l'origine de l'événement, celle qui en est le témoin direct ou celle qui en fait la découverte.

La présente politique s'applique à tout usager lorsque survient un incident ou un accident dans le cadre d'une prestation de soins et de services au CISSSMC. Tout événement, c'est-à-dire toute situation non souhaitée, redoutée ou indésirable qui a nuit ou qui aurait pu nuire à la santé ou à la sécurité des usagers doit être déclaré.

Cette politique concerne tous les incidents et les accidents en lien avec :

- L'état de santé ou le bien-être d'un usager;
- Les dommages aux biens d'un usager.

La présente politique ne concerne pas :

- Les complications prévisibles de la maladie ou les risques inhérents liés aux traitements ou aux tests que l'utilisateur a acceptés de subir. L'utilisateur sera informé de toute situation affectant son état de santé par l'intervenant approprié et une note sera consignée dans son dossier médical;
- Les infections nosocomiales qui doivent être signalées au service de prévention et de contrôle des infections selon les politiques et procédures de l'établissement afin d'éviter la double déclaration pour un même événement;
- Les incidents et accidents touchant un proche ou un visiteur.

3 CADRE JURIDIQUE ET ADMINISTRATIF

La présente politique répond aux exigences de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS), article 233.1, en termes de déclaration des incidents ou accidents.

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

La présente politique répond également aux normes et aux pratiques organisationnelles requises (POR) d'Agrément Canada (2018) en matière de sécurité des usagers concernant la gestion des événements.

Même si la définition d'un incident et d'un accident de la LSSSS prévoit s'appliquer au personnel et aux professionnels, c'est la Direction des ressources humaines, de communications et des affaires juridiques (DRHCAJ) qui gère les incidents et les accidents de travail dont sont victimes les employés. Ainsi, lorsqu'un employé est victime d'un incident ou d'un accident dans le cadre de l'exercice de ses fonctions ou sur les lieux de travail, ce ne sont pas les dispositions de la LSSSS qui s'appliquent, mais celles associées au contexte du travail (*Loi sur la santé et la sécurité du travail*, LRQ, chapitre S-2.1 et *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*, LRQ, ch. A-3.001.). Cela inclut également les événements d'agression des usagers à l'égard du personnel.

4 DÉFINITIONS

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 d'un tiers (LSSSS, article 8).
Analyse sommaire :	Mise en lumière des facteurs, des circonstances et des causes ayant contribué de près ou de loin à l'incident ou à l'accident afin de permettre la mise en place de mesures de prévention de la récurrence. Cette analyse s'applique à tous les types d'événements (incidents et accidents). L'analyse sommaire est effectuée par le gestionnaire (sections 10 à 13 du <i>Rapport de déclaration d'incident ou d'accident AH-223-1</i>).
Analyse approfondie ou détaillée :	Processus structuré qui vise à identifier les facteurs, les causes et les circonstances qui ont contribué à l'accident afin de comprendre comment et pourquoi l'événement s'est produit. D'autre part, l'analyse approfondie permet de contrôler les conséquences et de mettre en place des mesures de prévention et de soutien pour l'utilisateur, ses proches et le personnel afin d'agir sur les risques. L'analyse approfondie est effectuée par le gestionnaire à l'aide du <i>Rapport d'analyse des incidents et accidents AH-223-2</i> .
Comité de gestion des risques :	Comité prévu à l'article 183.1 de la LSSSS et institué par le conseil d'administration.
Conséquence :	Selon le <i>Rapport de déclaration d'incident ou d'accident AH-223-1</i> , une conséquence est un impact sur la santé ou le bien-être de la personne victime de l'accident. Les conséquences doivent découler directement de l'accident et être associées à une prestation de soins de santé ou de services sociaux. Les conséquences doivent être réelles et non hypothétiques.
Culture « juste » :	Reconnaissance d'une distinction entre l'erreur de bonne foi, qui ne doit pas entraîner de blâme, et la conduite négligente ou malfaisante qui peut faire l'objet de sanctions.

Déclarant :	<p>Selon le <i>Rapport de déclaration d'incident ou d'accident AH-223-1</i>, le déclarant est tout employé d'un établissement, toute personne qui exerce sa profession dans un centre exploité par l'établissement, tout stagiaire qui effectue un stage dans un tel centre, de même que toute personne qui, en vertu d'un contrat de service (par exemple, RI et RTF, personnel d'une agence), dispense des services aux usagers pour le compte de l'établissement.</p>
Déclaration :	<p>Action de porter à la connaissance de l'organisation, au moyen du rapport prévu à cet effet (<i>Rapport de déclaration d'incident ou d'accident AH-223-1</i>, sections 1 à 9), et selon la procédure établie par l'établissement, tout accident et tout incident constaté par un employé, un professionnel qui exerce sa profession dans le centre, un stagiaire ou toute personne qui, en vertu d'un contrat, dispense des services aux usagers de cet établissement (LSSSS, article 233.1).</p>
Divulgateion :	<p>Action de porter à la connaissance d'un usager ou de ses proches l'information relative à un accident subi par cet usager et à l'origine de conséquences pour lui, conformément au <i>Règlement de divulgation de l'information à un usager à la suite d'un accident dans le cadre d'une prestation de soins et de services</i> du CISSSMC (R-2018-18). C'est la présence de conséquences découlant d'un accident subi par un usager qui amène l'obligation de divulgation prévue dans la LSSSS. Ainsi, les obligations liées à la divulgation ne concernent que les accidents dont l'indice de gravité se situe entre E1 et I (voir l'annexe 1 pour les définitions des indices de gravité compris dans cet intervalle). Pour les accidents ayant un indice de gravité se situant entre G et I, le gestionnaire est appelé à remplir le <i>Rapport de divulgation d'accident AH-223-3</i>.</p>
Échelle de gravité :	<p>Outil présenté par le MSSS servant à évaluer l'indice de gravité des conséquences découlant d'un événement (voir l'annexe 1). Elle compte dix niveaux de gravité répartis soit en fonction des conséquences réelles ou prévisibles ou soit en fonction de la nature et du niveau des interventions requises pour faire face aux conséquences de l'événement.</p>

Événement :	Toute situation non souhaitée, redoutée ou indésirable, se produisant dans le cadre d'une prestation de soins et de services à l'utilisateur, qui a nui ou aurait pu nuire à la santé des usagers, du personnel ou de tiers ou encore, à leurs biens ou à ceux de l'établissement. L'événement désigne tout aussi bien un incident qu'un accident.
Événement sentinelle :	Événement qui requiert une analyse approfondie et qui peut être de deux ordres : ceux ayant eu ou qui auraient pu avoir des conséquences catastrophiques ou ceux qui se produisent à une grande fréquence même s'ils ne sont pas à l'origine de conséquences graves. Les événements qui sont donc à l'origine de conséquences permanentes ou nécessitant des interventions de maintien de vie ou qui ont contribué au décès de l'utilisateur (indice de gravité G, H ou I) sont automatiquement des événements sentinelles.
Gestion des risques :	Processus régulier, continu, coordonné et intégré à l'ensemble des systèmes et des sous-systèmes de l'organisation. Elle permet l'identification, l'analyse, le contrôle et l'évaluation des risques et des situations jugées à risque qui ont causé ou auraient pu causer des dommages à l'utilisateur, au visiteur, au personnel, aux biens de ceux-ci ou à ceux de l'établissement.
Incident :	Action ou situation qui n'entraîne pas de conséquences sur l'état de santé ou le bien-être d'un usager, du personnel, d'un professionnel concerné ou d'un tiers mais dont le résultat est inhabituel et qui, en d'autres occasions, pourrait entraîner des conséquences (LSSSS, article 183.2).
Mesure de soutien :	Action prise envers l'utilisateur ou ses proches ou moyens mis à leur disposition pour atténuer les conséquences d'un accident.
Prestation de soins et de services : Rapport de déclaration d'incident ou d'accident AH-223-1 :	Action de fournir des soins et des services. Rapport prévu à l'article 233.1 de la LSSSS pour déclarer les incidents et les accidents survenus dans le contexte de prestation de services de santé et de services sociaux à un usager. C'est à partir de ces renseignements que des mesures préventives ou correctives sont mises en place pour assurer la sécurité.

Risque :	Combinaison de la probabilité qu'une situation entraînant des conséquences se produise et de l'importance des conséquences pouvant en résulter. Tout événement comportant un degré d'incertitude qui pourrait mettre en péril l'atteinte des objectifs stratégiques et opérationnels de l'organisation.
SISSS :	Application Web (<i>Système d'information sur la sécurité des soins et des services</i>) dédiée à la saisie des données recueillies à partir des rapports <i>AH-223</i> et <i>AH-223-RDM</i> lors d'incidents ou d'accidents dans la prestation des soins et des services et du rapport <i>AH-520</i> lors d'incidents ou d'accidents transfusionnels.
Usager :	Toute personne qui a reçu, aurait dû recevoir, reçoit ou requiert des services de santé ou des services sociaux de l'établissement ou par son intermédiaire.

5 OBJECTIFS

Les objectifs poursuivis par cette présente politique sont les suivants :

- Se conformer à la LSSSS en matière de prestation sécuritaire de soins et de services;
- Promouvoir une culture de sécurité de soins et de services aux usagers en déclarant les incidents et les accidents;
- Encadrer l'ensemble du processus de déclaration à la suite de tout incident ou accident survenu au cours d'une prestation de soins et de services à un usager;
- Soutenir la déclaration des incidents et des accidents et contribuer à la mise en place de mesures correctives et préventives;
- Clarifier les rôles et responsabilités de chaque acteur de l'établissement en matière de la déclaration et du suivi à y apporter pour assurer la sécurité de l'usager;
- Préciser les mécanismes de déclaration des incidents et des accidents;
- Établir un mécanisme pour documenter ces événements, les analyser, les contrôler et les évaluer dans le but de les prévenir ou d'en réduire la récurrence ou les conséquences.

6 RÔLES ET RESPONSABILITÉS

6.1 CONSEIL D'ADMINISTRATION

- S'assurer que l'établissement répond aux exigences légales et normatives en matière de déclaration des incidents et des accidents et de prestation sécuritaire des soins et de services aux usagers;
- S'assurer que la prestation sécuritaire des soins et services aux usagers est une priorité organisationnelle, et ce, soutenue par des valeurs qui en font la promotion;
- Recevoir les recommandations du comité de vigilance et de la qualité et du comité de gestion des risques en matière de déclaration des incidents et des accidents liés à la prestation de soins et de services aux usagers;

- Assurer une vigie quant à l'application des recommandations formulées par le comité de vigilance et de la qualité et le comité de gestion des risques en matière de déclaration des incidents et des accidents liés à la prestation de soins et de services aux usagers;
- Assurer un suivi aux recommandations présentées dans les rapports trimestriels.

6.2 COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ

- Recevoir et analyser les recommandations et les rapports transmis au conseil d'administration qui portent sur la pertinence, la qualité, la sécurité ou l'efficacité des services rendus, le respect des droits des usagers ou le traitement de leurs plaintes (LSSSS, article 181.0.3);
- Formuler des recommandations au conseil d'administration sur les suites qui devraient être données à ces rapports ou recommandations dans l'objectif d'améliorer la qualité et la sécurité dans la prestation de soins et de services aux usagers;
- Assurer une vigie au regard de l'application des recommandations formulées par le comité de gestion des risques;
- S'assurer de la mise en œuvre de la procédure de déclaration des incidents et des accidents liés à la prestation de soins et de services aux usagers.

6.3 COMITÉ DE GESTION DES RISQUES

- Promouvoir la sécurité dans la prestation de soins et de services offerts aux usagers;
- Soutenir le personnel, les intervenants, les médecins et les gestionnaires dans la recherche et le développement de moyens pour accroître la sécurité des usagers;
- S'assurer de l'élaboration et de la mise à jour d'un système de surveillance et de suivi des incidents et des accidents notamment par la création d'un registre local des incidents et des accidents et d'un registre des événements sentinelles;
- Identifier et analyser les risques d'incident ou d'accident en vue d'assurer la sécurité des usagers, et plus particulièrement dans le cas des infections nosocomiales, en prévenir l'apparition et en contrôler la récurrence;
- S'assurer que des méthodes, des politiques, des procédures, des normes et des directives soient mises en place afin d'identifier, de prévenir et de réduire les risques d'incidents et d'accidents;
- Déterminer les mesures de soutien mises à la disposition de l'utilisateur et de ses proches (LSSSS, article 235.1);
- S'assurer que l'information et la formation appropriées soient données aux personnes concernées de l'établissement;
- Recommander au conseil d'administration la prise de mesures visant à prévenir la récurrence de ces incidents et accidents ainsi que la prise de mesures de contrôle, s'il y a lieu;
- Transmettre annuellement un rapport au conseil d'administration et, le cas échéant, des activités et des recommandations relatives à la gestion des risques. Ce rapport annuel doit comprendre également les activités relatives à la gestion des risques dans l'établissement (LSSSS, article 278).

6.4 PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL

- S'assurer de l'application de cette politique de déclaration des incidents et des accidents liés à une prestation de soins et de services à l'utilisateur;
- S'assurer que soient faites la promotion de la sécurité des soins et des services ainsi que celle de la culture de déclaration et de la culture « juste »;

- S'assurer du respect des obligations légales et normatives de l'établissement en matière de déclaration des incidents et des accidents;
- Transmettre au conseil d'administration et au comité de vigilance et de la qualité, les recommandations pertinentes en lien avec la déclaration des incidents et des accidents.

6.5 DIRECTEUR QUALITÉ, ÉVALUATION, PERFORMANCE, ÉTHIQUE ET LEAN

- S'assurer de l'implantation, de l'application et de la mise à jour de la présente politique et en assurer le suivi;
- Assumer la responsabilité de la gestion intégrée des risques et apporter son soutien à l'application du processus de gestion des risques;
- S'assurer de la liaison entre l'établissement, les assureurs, les communications (relations avec les médias) et les affaires juridiques, le cas échéant;
- Élaborer et mettre à jour un système de surveillance des incidents et des accidents (registre);
- Soutenir l'ensemble des acteurs de l'établissement dans la mise en œuvre des activités de gestion des risques incluant la déclaration des incidents et des accidents;
- Faire rapport au comité de gestion des risques, au président-directeur général de même qu'au comité de direction en matière de déclaration des incidents et des accidents;
- Assurer le suivi et la mise en œuvre des recommandations requises en matière de déclaration des incidents et des accidents.

6.6 DIRECTEUR ET DIRECTEUR ADJOINT

- Faire la promotion de la sécurité des soins et des services et principalement de la déclaration des incidents et des accidents au sein de sa direction;
- S'assurer de la mise en œuvre de la présente politique dans sa direction;
- Apporter le soutien nécessaire aux gestionnaires de sa direction pour l'implantation et l'application de cette politique;
- Analyser, avec les gestionnaires de sa direction, les rapports soumis par le service gestion de la qualité et des risques;
- S'assurer que des méthodes d'identification, d'analyse et de contrôle des risques soient en place au sein de sa direction;
- S'assurer du suivi des recommandations du comité de gestion des risques;
- Collaborer et faciliter la collaboration de leur personnel à toute enquête interne ou externe à la suite d'un incident ou d'un accident;
- S'assurer que le directeur qualité, évaluation, performance, éthique et Lean et les directeurs des directions concernées soient avisés lors de la survenue d'un événement sentinelle, soit un événement ayant un indice de gravité G, H ou I (pour plus d'informations, se référer à la Procédure de gestion des événements sentinelles, DQÉPÉL-201);
- S'assurer que les mesures préventives ou correctives faisant suites aux événements soient appliquées dans les services, programmes ou activités sous sa responsabilité;
- En collaboration avec toute autre direction concernée, s'assurer que les divulgations à l'utilisateur ou aux proches soient faites conformément au Règlement, de divulgation de l'information, à un usager à la suite d'un accident dans le cadre d'une prestation de soins et de services, R-2018-18.

6.7 GESTIONNAIRE OU SON REMPLAÇANT

- S'assurer de la diffusion et de l'application de la présente politique au sein de son milieu/unité/service;
- S'assurer de la déclaration des incidents et des accidents au sein de son milieu/unité/service sur le rapport de déclaration AH-223-1;
- S'assurer que les sections 1 à 9 du rapport de déclaration AH-223-1 (format papier ou saisie directe dans le SSSS) sont dûment remplies;
- S'il s'agit d'un incident ou d'un accident transfusionnel, s'assurer que le Rapport de déclaration d'événement indésirable associé à la transfusion (rapport AH-520) soit rempli et envoyé à la banque de sang. La banque de sang fera parvenir le formulaire au Centre désigné des activités transfusionnelles de la Montérégie après avoir déclaré les événements identifiés aux instances concernées. Le rapport de déclaration AH-223-1 ne doit pas être rempli;
- Remplir les sections 10 à 13 du rapport de déclaration AH-223-1 (analyse sommaire);
- Analyser l'événement, indiquer des mesures correctives ou de prévention de la récurrence;
- S'assurer de la mise en place des mesures correctives et préventives faisant suite à un incident ou un accident dans son milieu/unité/service;
- Aviser immédiatement son directeur et le chef de service – gestion de la qualité et des risques de la DQÉPÉL lorsque survient un événement sentinelle, soit un accident ayant un indice de gravité G, H ou I (pour plus d'informations, se référer à la Procédure de gestion des événements sentinelles, DQÉPÉL-201);
- Informer le chef de service – gestion de la qualité et des risques de la DQÉPÉL de tout incident accident ou situation délicate qui requiert une attention ou un suivi immédiat;
- Dans le cas de rapport papier : transmettre la copie jaune du rapport complété au service gestion de la qualité et des risques, et ce, dans les sept (7) jours suivant l'événement, à l'exception des événements ayant un indice de gravité A et B (la copie blanche est envoyée, avec la copie jaune, au service de gestion de la qualité et des risques);
- S'assurer que la divulgation des accidents et l'offre des mesures de soutien, s'il y a lieu, soient effectuées sur son milieu/unité/service (pour plus d'informations, se référer au Règlement, de divulgation de l'information, à un usager à la suite d'un accident dans le cadre d'une prestation de soins et de services, R-2018-18);
- Collaborer et faciliter la collaboration de son personnel à toute enquête interne ou externe à la suite d'un accident ou d'un incident;
- Rendre disponibles à son équipe l'information, les outils et la formation associés à la déclaration des incidents et des accidents;
- Adresser les besoins de formation ou de soutien en lien avec la déclaration des incidents et accidents liés à une prestation de soins et de services aux usagers au service gestion de la qualité et des risques.

6.8 CHEF DE SERVICE – GESTION DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES DE LA DQPEL

- Faire la promotion de la présente politique et de la procédure qui en découle, de la sécurité des soins et des services, de la gestion intégrée des risques et de la déclaration des incidents et des accidents;
- Soutenir les gestionnaires et les médecins à l'implantation et à l'application de la présente politique et de la procédure qui en découle;
- Agir à titre de personne-ressource auprès des acteurs de l'établissement dans le cadre du processus de gestion des risques (par exemple, pour la déclaration des incidents et des accidents, l'analyse et la divulgation);

- Coordonner les activités de déclaration des incidents et des accidents au sein de l'établissement;
- S'assurer de la saisie et de la mise à jour des incidents et des accidents dans le registre local aux fins de transmission au Registre national des incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins de santé et de services sociaux (RNIASSSS) du MSSS et de rapports statistiques périodiques pour l'interne du CISSSMC;
- S'assurer de l'analyse des rapports d'incidents et d'accidents selon les modalités en vigueur et soutenir les gestionnaires dans leur démarche;
- Accompagner les gestionnaires lors des processus de divulgation conformément au règlement en vigueur (pour plus d'informations, se référer au Règlement, de divulgation de l'information, à un usager à la suite d'un accident dans le cadre d'une prestation de soins et de services, R-2018-18);
- Soutenir, si besoin, les gestionnaires dans la mise en œuvre de mesures de soutien auprès des usagers et des proches touchés par un accident;
- Produire et fournir aux gestionnaires les rapports périodiques des événements survenus dans leurs secteurs;
- Produire et fournir au président-directeur général, aux directeurs, aux gestionnaires et instances concernées, des rapports périodiques en lien avec la gestion des risques incluant la déclaration des incidents et des accidents;
- Élaborer, mettre à jour et rendre disponibles la formation, la documentation et les outils nécessaires à l'exécution des activités de la déclaration des incidents et des accidents;
- Assurer la gestion et l'archivage de l'ensemble des rapports de déclaration AH-223-1 dûment remplis et des rapports d'événements sentinelles selon les termes prévus au Calendrier de conservation des documents de l'établissement.

6.9 TOUTE PERSONNE CONCERNÉE PAR CETTE POLITIQUE (voir section 2 – Champs d'application)

- Prendre connaissance et assurer l'application de la présente politique et de la procédure qui en découle;
- Participer activement à l'identification de toute activité, situation ou événement susceptible d'être à l'origine d'un incident ou accident;
- S'assurer que les mesures nécessaires soient prises pour assurer la santé, le bien-être et la sécurité des usagers;
- Informer son supérieur immédiat lors de survenance d'un événement;
- Remplir les sections 1 à 9 du rapport de déclaration AH-223-1 (format papier ou SISSS) sur le quart de travail où s'est produit l'événement ou le plus tôt possible après l'événement;
- Si la déclaration concerne un incident ou un accident transfusionnel, remplir les sections pertinentes du Rapport de déclaration d'événement indésirable associé à la transfusion (rapport AH-520);
- Collaborer à l'analyse de l'événement, si requis;
- Procéder à la divulgation des événements lors d'accident avec un indice de gravité E1, E2 ou F (pour plus d'informations, se référer au Règlement, de divulgation de l'information, à un usager à la suite d'un accident dans le cadre d'une prestation de soins et de services, R-2018-18), en collaboration avec les personnes les plus en mesure de réaliser la divulgation auprès de l'usager;
- Dans le cas de rapport papier : indiquer, à la section 13 du rapport de déclaration AH-223-1, si la divulgation a été faite, à quel endroit elle a été documentée et à qui la divulgation a été faite;

- Dans le cas de saisie directe dans le SSISS : aviser son supérieur immédiat si la divulgation a été faite, à quel endroit elle a été documentée et à qui la divulgation a été faite;
- Dans le cas de rapport papier : verser la copie blanche au dossier de l'utilisateur et remettre la copie jaune à son supérieur immédiat dans les 24 heures suivant l'événement, à l'exception des événements ayant un indice de gravité A ou B (la copie blanche est envoyée avec la copie jaune);
- Dans le cas de saisie directe dans le SSISS : imprimer une copie du rapport de déclaration AH-223-1 et la verser dans le dossier de l'utilisateur.

7 MODALITÉS D'APPLICATION

Les rapports de déclaration permettent de constituer le registre local des incidents et des accidents du CISSSMC. La date butoir établie par le MSSS pour la saisie des données locales des événements survenus au courant de l'année financière (du 1^{er} avril au 31 mars suivant) est le 15 juin de chaque année. Des données non nominatives de ce registre local sont transmises au MSSS via l'application *Système d'information sur la sécurité des soins et des services* (SISSS) pour constituer le *Registre national des incidents et accidents survenus lors de la prestation de soins de santé et de services sociaux* (RNIASSSS). Les données saisies au registre local permettent de produire des rapports statistiques et des indicateurs pour les gestionnaires et pour les instances de l'établissement (par exemple, le comité de gestion des risques, le comité de la vigilance et de la qualité et le conseil d'administration).

Des particularités sont applicables à certains secteurs d'activités ou types d'événements.

7.1 LABORATOIRES

- Un inconvénient pour l'utilisateur (par exemple, une reprise de prélèvement) génère un rapport de non-conformité tandis qu'une conséquence pour l'utilisateur (par exemple, un rapport corrigé ou une erreur d'identification de l'utilisateur) engendre un rapport de déclaration d'incident ou d'accidents AH-223-1 et un rapport de non-conformité;
- À la suite d'un incident ou d'un accident, si celui-ci est détecté par le processus de contrôle (absence de résultat erroné) et qu'il n'atteint pas l'utilisateur (par exemple, utilisation du mauvais tube pour un type de prélèvement et reprise du prélèvement avant que celui-ci soit analysé par les laboratoires), il faut alors produire un rapport de non-conformité. Toutefois, si l'événement est non détecté par le processus de contrôle, qu'il faut apporter des corrections aux rapports et que l'événement atteint l'utilisateur (par exemple, un prélèvement effectué sur le mauvais usager et envoi du rapport final), il faut alors déclarer l'événement sur un rapport de déclaration d'incident ou d'accidents AH-223-1 et un rapport de non-conformité;
- L'imputabilité de la déclaration d'un incident ou d'un accident demeure à l'établissement où l'utilisateur a reçu sa prestation de soins et de services. Par exemple, si un événement de laboratoire se produit à l'extérieur du CISSSMC (par exemple, au CISSS de la Montérégie-Est ou au CISSS de la Montérégie-Ouest), il n'est pas déclaré et géré par le CISSSMC, ni saisi dans le SSISS par le CISSSMC. Toutefois, le CISSSMC peut être appelé à collaborer à l'analyse d'un événement.

7.2 BANQUE DE SANG – INCIDENT ET ACCIDENT TRANSFUSIONNEL

- Tous les incidents et accidents transfusionnels ainsi que les réactions ou effets indésirables suite à la transfusion font l'objet d'une déclaration obligatoire au Comité

d'hémovigilance provincial. Dans tous les cas, seul le Rapport de déclaration d'événement indésirable associé à la transfusion (rapport AH-520) doit être rempli et envoyé à la banque de sang. La banque de sang fera parvenir le formulaire au Centre désigné des activités transfusionnelles de la Montérégie après avoir déclaré les événements identifiés aux instances concernées. Le rapport de déclaration AH-223-1 ne doit pas être rempli;

- Un incident transfusionnel est tout événement ou erreur durant le processus qui, s'il n'avait pas été décelé avant la transfusion, aurait pu avoir des conséquences sur la santé de la personne qui aurait reçu le produit sanguin;
- Un accident transfusionnel est tout événement ou erreur (ce qui peut inclure toute dérogation aux normes) décelé après le début de la transfusion, même si cela n'a entraîné aucune réaction transfusionnelle ou aucune conséquence sur l'état de santé du receveur.

7.3 RETRAITEMENT DES DISPOSITIFS MÉDICAUX

- Les incidents et les accidents en lien avec le retraitement des dispositifs médicaux doivent être déclarés sur le rapport de déclaration AH-223-1. Le Rapport d'analyse en retraitement des dispositifs médicaux (AH-223-2-RDM) doit être rempli par le gestionnaire concerné suite à son analyse de l'événement (sections 10 à 13 du rapport de déclaration AH-223-1).

8 RÉFÉRENCES

AGRÉMENT CANADA (2018). *Pratiques organisationnelles requises, Livret 2018*.

AQESSS (2010). *La gestion des risques dans le réseau de la santé et des services sociaux*.

AQESSS (2006). *Regroupement des programmes d'assurance de dommages du réseau de la santé et des services sociaux, Manuel de gestion des risques du réseau de la santé et des services sociaux du Québec*.

CSSS Champlain – Charles-Le Moyne (janvier 2014). *Politique de gestion des incidents et accidents concernant les usagers, les visiteurs et les bénévoles*.

CSSS Haut-Richelieu – Rouville (octobre 2011). *Politique de déclaration d'incident ou d'accident concernant les usagers, les visiteurs ou un tiers*.

CISSS de la Montérégie-Centre (mars 2018). *Politique cadre en gestion intégrée des risques*.

CISSS de la Montérégie-Centre (mars 2018). *Règlement de divulgation de l'information à un usager à la suite d'un accident dans le cadre d'une prestation de soins et de services*.

CISSS de la Montérégie-Centre (mai 2017). *Procédure de gestion des événements sentinelles*.

INLB (juin 2004). *Procédure de déclaration des incidents et accidents et sur la divulgation de l'information nécessaire à l'utilisateur*.

MSSS (2011). *Système d'information sur la sécurité des soins et services : Lignes directrices à l'intention du réseau de la santé et des services sociaux*.

MSSS (2006). *Programme de formation sur le fonctionnement d'un comité de gestion des risques*.

QUÉBEC. *Code de procédure civile*, chapitre C25.01, à jour au 1^{er} juin 2018.

QUÉBEC. *Loi sur la santé et la sécurité du travail*, LRQ, chapitre S-2.1, à jour le 1^{er} juin 2014.

QUÉBEC. *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*, LRQ, ch. A-3.001.

QUÉBEC. *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., chapitre S-4.2.

9 ANNEXE

ANNEXE 1 : Échelle de gravité

RÉDIGÉE OU RÉVISÉE PAR : Marie-Josée Prince, chef de service – service gestion de la qualité et des risques
Mylène Fournier, agente de planification, programmation et recherche
Jacques Fortin, directeur qualité, évaluation, performance, éthique et Lean

PERSONNES CONSULTÉES : Comité de gestion des risques
Direction des ressources humaines, communications et affaires juridiques (affaires juridiques)
Directeur des services professionnels
Direction régionale des laboratoires et Centre désigné des activités transfusionnelles de la Montérégie

Échelle de gravité

	DIVULGATION		DÉFINITIONS	EXEMPLES
INCIDENT	NON APPLICABLE	A	Circonstance ou situation à risque de provoquer un événement indésirable ou d'avoir des conséquences pour l'utilisateur.	<ul style="list-style-type: none"> Tuile du revêtement de plancher brisée, flaque d'eau sur le plancher. Chariot de médicaments non barré dans le corridor. Un instrument oublié sur un chariot (par exemple : ciseaux) Au moment de l'inspection d'une chambre, un intervenant trouve une arme artisanale. Étiquette sur contenant ou sachet de médicaments qui se décolle ou n'est pas en bon état. Ridelles de lit défectueuses.
		B	Un événement indésirable est survenu, mais l'utilisateur n'a pas été touché (échappée belle).	<ul style="list-style-type: none"> La pharmacie a livré le mauvais médicament et le personnel infirmier s'aperçoit de l'erreur avant qu'un usager soit touché. Défectuosité du levier pour effectuer les transferts repérés avant utilisation. Un test de laboratoire doit être repris en raison d'une mauvaise identification du tube.
ACCIDENT ÉVÉNEMENT MAJEUR POSSIBLE DANS TOUTES CES CATÉGORIES	DIVULGATION FACULTATIVE	C	Un événement indésirable est survenu, a touché l'utilisateur, 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).	<ul style="list-style-type: none"> Un usager a reçu la mauvaise dose de médicaments (par ex. : acétaminophène 250 mg au lieu de 500 mg), mais cela n'a eu aucune conséquence. Un usager glisse de sa chaise. Aucune douleur ni blessure n'est constatée. Un jeune joue au soccer et tombe. Une ecchymose est constatée. Le jeune reprend le jeu.
		D*	Un événement indésirable est survenu, a touché l'utilisateur 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 conséquences. *À partir du moment où on doit faire des tests ou procéder à des examens, on doit obtenir le consentement éclairé de l'utilisateur. On doit donc l'informer des raisons justifiant ces interventions non prévues.	<ul style="list-style-type: none"> Un usager a reçu la mauvaise dose d'insuline. Des contrôles glycémiques sont requis pour s'assurer que la glycémie demeure dans les limites normales. Un usager trouvé par terre. On procède à un examen physique afin de s'assurer qu'il n'y a pas de blessure. Un usager chute lors d'un exercice de réadaptation physique. On procède à un examen et on modifie la fréquence des séances qui étaient planifiées. Deux jeunes se cognent la tête lors de la pratique d'un sport. Aucune blessure n'est constatée. Une surveillance est établie afin de s'assurer qu'il n'y a pas de commotion.
	DIVULGATION OBLIGATOIRE (DOCUMENTÉ AU DOSSIER)	E ¹	Un événement indésirable est survenu, a touché l'utilisateur 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).	<ul style="list-style-type: none"> Lors d'une intervention en physiothérapie, la défectuosité d'un équipement d'électrothérapie cause des brûlures superficielles. Un usager s'érafle la main sur sa chaise roulante. On désinfecte la plaie et on applique un pansement. Un jeune s'automutile et s'inflige des blessures superficielles avec un trombone. On procède à une désinfection. Des manœuvres de Heimlich sont entreprises à la suite d'une aspiration.
		E ²	Un événement indésirable est survenu, a touché l'utilisateur 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.	<ul style="list-style-type: none"> Un usager a fait une chute occasionnant une lacération profonde du cuir chevelu. Des points de suture sont nécessaires. Suite à une erreur liée à la médication, des effets secondaires sont constatés et on doit lui administrer un antidote. La prothèse dentaire d'un usager est brisée lors du nettoyage par un membre du personnel. Une consultation est nécessaire afin de remplacer la prothèse.
		F	Un événement indésirable est survenu, a touché l'utilisateur et est à l'origine de conséquences temporaires qui ont un impact sur la nécessité/durée de l'hospitalisation ou de l'hébergement.	<ul style="list-style-type: none"> Un usager s'est infligé une fracture en faisant une chute. Une chirurgie et un suivi en réadaptation ont été nécessaires. Surdosage de RX nécessitant une surveillance aux soins intensifs et une consultation en médecine interne. Après avoir été en contact avec une substance à laquelle il était allergique, un usager est hospitalisé afin d'assurer une surveillance. Un jeune fait une tentative de suicide en avalant des produits toxiques. Il est transféré à l'hôpital où il est gardé en observation pour quelques jours.
	ÉVÉNEMENT SENTINELLE	DIVULGATION OBLIGATOIRE DOCUMENTÉ FORMULAIRE AH-223-3	G	Un événement indésirable est survenu, a touché l'utilisateur et est à l'origine de conséquences permanentes sur ses fonctions physiologiques, motrices, sensorielles, cognitives, psychologiques (altération, diminution ou perte de fonction, d'autonomie).
H			Un événement indésirable est survenu, a touché l'utilisateur et est à l'origine de conséquences nécessitant des interventions de maintien de la vie (intubation, ventilation assistée, réanimation cardio-respiratoire).	<ul style="list-style-type: none"> Lors d'une épreuve diagnostique en imagerie médicale, la solution de contraste i/v a été remplacée par erreur par une autre substance, ce qui a provoqué des dommages cérébraux irréversibles. Transfert aux soins intensifs, ventilation assistée. Une pompe PCA est défectueuse et un usager reçoit une dose supérieure de narcotique, provoquant une détresse respiratoire sévère. Une ventilation assistée et l'administration d'une dose de Narcan sont nécessaires.
I			Un événement indésirable est survenu, a touché l'utilisateur et est à l'origine de conséquences qui ont contribué à son décès.	<ul style="list-style-type: none"> Chute d'un usager dans la cage d'escalier, traumatismes multiples occasionnant la mort. Surdose de narcotique provoquant un arrêt cardio-respiratoire et décès. Un usager, connu pour une allergie alimentaire sévère a été en contact avec un des aliments auxquels il est allergique. Son décès a été constaté par la suite.
Indéterminé			Un événement indésirable est survenu, a touché l'utilisateur, mais les conséquences ou leur niveau de gravité est inconnue au moment de la déclaration.	