

2003RP-09

Déclaration des incidents et des accidents dans les centres hospitaliers

Analyse critique du rapport d'incident/accident AH-223 et évaluation de la structure de gestion des rapports

Nathalie de Marcellis-Warin, Geneviève Dufour

Rapport de projet *Project report*

Ce document a été produit dans le cadre du projet « Gouvernance des soins de santé », financé par le Ministère des Finances du Québec et le Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec

Montréal
Juin 2003

© 2003 Nathalie de Marcellis-Warin, Geneviève Dufour. Tous droits réservés. *All rights reserved.* Reproduction partielle permise avec citation du document source, incluant la notice ©.
Short sections may be quoted without explicit permission, if full credit, including © notice, is given to the source

CIRANO

Le CIRANO est un organisme sans but lucratif constitué en vertu de la Loi des compagnies du Québec. Le financement de son infrastructure et de ses activités de recherche provient des cotisations de ses organisations-membres, d'une subvention d'infrastructure du ministère de la Recherche, de la Science et de la Technologie, de même que des subventions et mandats obtenus par ses équipes de recherche.

CIRANO is a private non-profit organization incorporated under the Québec Companies Act. Its infrastructure and research activities are funded through fees paid by member organizations, an infrastructure grant from the Ministère de la Recherche, de la Science et de la Technologie, and grants and research mandates obtained by its research teams.

Les organisations-partenaires / The Partner Organizations

PARTENAIRE MAJEUR

- . Ministère du développement économique et régional [MDER]

PARTENAIRES

- . Alcan inc.
- . Axa Canada
- . Banque du Canada
- . Banque Laurentienne du Canada
- . Banque Nationale du Canada
- . Banque Royale du Canada
- . Bell Canada
- . Bombardier
- . Bourse de Montréal
- . Développement des ressources humaines Canada [DRHC]
- . Fédération des caisses Desjardins du Québec
- . Gaz Métropolitain
- . Hydro-Québec
- . Industrie Canada
- . Ministère des Finances [MF]
- . Pratt & Whitney Canada Inc.
- . Raymond Chabot Grant Thornton
- . Ville de Montréal

- . École Polytechnique de Montréal
- . HEC Montréal
- . Université Concordia
- . Université de Montréal
- . Université du Québec à Montréal
- . Université Laval
- . Université McGill

ASSOCIÉ AU :

- . Institut de Finance Mathématique de Montréal (IFM²)
- . Laboratoires universitaires Bell Canada
- . Réseau de calcul et de modélisation mathématique [RCM²]
- . Réseau de centres d'excellence MITACS (Les mathématiques des technologies de l'information et des systèmes complexes)

Déclaration des incidents et des accidents dans les centres hospitaliers

*Analyse critique du rapport d'incident/accident AH-223 et évaluation de la structure de gestion des rapports **

Nathalie de Marcellis-Warin[†], Geneviève Dufour[‡]

Résumé / Abstract

La démarche de déclaration des incidents et accidents s'insère dans un processus continu d'amélioration de la qualité. Les informations recueillies doivent être de qualité et utilisables pour permettre de comprendre ce qui s'est passé et mettre en place les mesures de prévention adaptées. Dans la première partie de ce rapport, nous définirons la méthodologie sur laquelle est basée notre analyse critique du report des incidents et des accidents dans le milieu hospitalier au Québec. Nous ferons ensuite un bref historique du rapport d'incident/accident AH-223 et des objectifs prévus lors de sa conception. Dans la troisième partie, nous détaillerons section par section le formulaire AH-223 actuellement proposé par le MSSS. Nous analyserons l'information demandée, son utilisation et nous proposerons un certain nombre de modifications. Nous concluons par des recommandations et des pistes de réflexion sur les possibilités de révision du formulaire AH-223 et de l'ensemble de la démarche de report des incidents/accidents.

Mots clés : Hôpital, risques, incident/accident, formulaire de déclaration, gestion des rapports, collecte de données.

*Nous tenons à remercier l'ensemble des personnes qui ont contribué à l'élaboration de ce rapport et plus particulièrement Docteure Sylvie Bernier et Huguette Rivard du Ministère de la Santé et des Services Sociaux, les membres du Groupe national d'aide à la gestion des risques et à la qualité, Docteure Micheline Ste-Marie, Claire Arbelot, Michèle Beauchemin Perreault, Docteur Jeffrey Barkun, Michelle Dionne, Docteure Line Duchesne, Docteure Martine Gagnon, Docteure Marie Gourdeau, Nicole Guinard, Docteur Jean Joly, Marilyn Kaplow, Docteure Yolande Leduc, Patricia Lefebvre, Rénaud Lemieux, Docteur Bruno Morin, Docteur Claude Rivard et Docteur Denis-Richard Roy pour leurs échanges fructueux tout au long du projet ainsi que Martine Dufresne et l'Association des Hôpitaux du Québec pour leur collaboration.

Nous remercions les responsables pour la province de Québec de l'étude canadienne qui vise à estimer l'incidence des événements indésirables dans un échantillon d'hôpitaux, Régis Blais et Robin Tamblyn. Nous tenons aussi à remercier les personnes que nous avons sollicitées à de nombreuses reprises, Isabelle Demers, Martine Dubé, Jocelyne Carl, Anne Lemay, Lorraine Mossman ainsi que les autres personnes que nous avons rencontrées, contactées par téléphone ou par courriel et plus particulièrement Danielle Bellemare, Alain Boisvert, Sylvie Boulanger, Jocelyne Faille, Myriam Fernandez, Docteur Guillemette, Denis Lebel, Lynda Marcotte, Docteur Nadeau.

[†] CIRANO 2020, rue University 25^{ème} étage, Montréal (QC) H3A 2A5, tél : 514-985-4000 # 3120 , fax : 514-985-4039, courriel : demarcen@cirano.qc.ca.

[‡] CIRANO 2020, Rue University 25^{ème} étage, Montréal (QC) H3A 2A5, tél : 514-985-4000 # 3120 , fax : 514-985-4039, courriel : genevieve.dufour@cirano.qc.ca.

Reporting incidents and accidents is part of a continuous quality improvement process. The data collected through that process must be genuine and usable in order to understand what has really happened and to put forward adapted corrective measures. In the first part of this report, we will define the methodology of our critical analysis of the incidents and accidents report in Quebec hospitals. We will then briefly overview the history of the AH-223 incident/accident report and discuss its original purpose. Third, we will review section by section the AH-223 form originally proposed by MSSS. We will analyze the information that it collects and its uses, and we will also suggest several modifications. In conclusion, we will make recommendations and propose some leads to review form AH-223 as well as the report management system.

Keywords: Hospitals, risks, incident/accident, reporting form, report management system, database.

TABLE DES MATIERES

Introductionp8

1. Méthodologiep11

1.1 Le formulaire AH-223 et le guide d'utilisation et de formation.....p11

1.2 L'échantillon de rapports d'incidents/accidents étudiés..... p11

1.3 Visites et contacts téléphoniques.....p12

1.4 Formulaires et contacts américains.....p12

2. Historique et objectifs du rapport d'incident/accident AH-223.....p13

2.1 L'historique.....p13

2.1.1 Le compte rendu d'accident.....p13

2.1.2 La création du formulaire AH-223.....p13

2.1.3 Les révisions du formulaire AH-223.....p14

2.1.4 L'utilisation volontaire du formulaire AH-223 dans les établissements....p14

2.2 Les objectifs du rapport AH-223p15

2.2.1 Objectifs du rapport AH-223 définis dans le guide d'utilisation de l'AHQ.....p15

2.2.2 Les définitions.....p16

3. Le report des incidents/accidents : analyse de la situation actuelle.p18

3.1 Politiques et procédures de report des incidents et accidents dans les établissements p18

3.1.1 Les définitions utilisées.....p19

3.1.2 Le type d'événement reporté.....p20

3.1.3 Délai pour compléter un formulaire.....p24

3.2 Le formulaire de report d'incident et d'accident.....	p24
3.2.1 <i>Le formulaire utilisé : le rapport AH-223.....</i>	<i>p24</i>
3.2.2 <i>AH-223 modifié et rapports complémentaires.....</i>	<i>p25</i>
3.2.3 <i>AH-223 informatisé.....</i>	<i>p27</i>
3.3 Structure de gestion des rapports d'incident/accident.....	p28
3.3.1 <i>Exemples de structure de gestion des rapports.....</i>	<i>p29</i>
3.3.2 <i>La compilation des données faite actuellement.....</i>	<i>p31</i>
4. Le rapport d'accident/incident AH-223 : analyse section par section.....	p33

4.1 Description générale du formulaire AH-223.....	p34
4.2 Analyse section par section.....	p34
4.2.1 <i>Section « 0 » : Informations Générales.....</i>	<i>p34</i>
4.2.2 <i>La carte d'hôpital de l'utilisateur.....</i>	<i>p37</i>
4.2.3 <i>Section 1. Endroit.....</i>	<i>p38</i>
4.2.4 <i>Section 2 : Objet.....</i>	<i>p44</i>
4.2.5 <i>Section 3. Situation préalable.....</i>	<i>p57</i>
4.2.6 <i>Section 4. Mesures prises.....</i>	<i>p60</i>
4.2.7 <i>Section 5. Diagnostic consécutif.....</i>	<i>p64</i>
4.2.8 <i>Section 6. Témoins identifiés.....</i>	<i>p64</i>
4.2.9 <i>Section 7. Plainte Prévisible.....</i>	<i>p64</i>
4.2.10 <i>Section 8. Signataire du rapport.....</i>	<i>p65</i>
4.2.11 <i>Section 9. Avis ou recommandations.....</i>	<i>p65</i>
4.2.12 <i>Autres ajouts possibles.....</i>	<i>p69</i>
5. Réflexions complémentaires.....	p71

5.1 Le rôle des types de questions : choix de réponses / questions ouvertes.	p71
5.2 Séparation des rapports d'incident et d'accident.....	p71
5.3 L'informatisation du rapport AH 223.....	p72
5.4 Le déclenchement d'une analyse approfondie.....	p73
5.5 Etude canadienne en cours sur l'incidence des événements indésirables dans un échantillon d'hôpitaux	p73
Conclusion et recommandations	p74

TABLE DES MATIÈRES DES ANNEXES

ANNEXE 1 : RAPPORT D'INCIDENT/ACCIDENT AH-223.....p77

ANNEXE 2 : EXEMPLE DE RAPPORT AH-223 INFORMATISÉp80

ANNEXE 3 : LE RAPPORT D'INCIDENT/ACCIDENT TRANSFUSIONNEL...p81

**ANNEXE 4 : EXEMPLE DE MODIFICATION DE SAISIE D'INFORMATIONS
SUR LE AH-223 POINT 2-B MEDICATIONp82**

**ANNEXE 5 : CLASSIFICATION DES ERREURS DE MEDICATION DU NCC
MERP.....p84**

**ANNEXE 6 : RAPPORTS COMPLETES POUR LES ERREURS DE
MEDICATION AUX ETATS-UNISp85**

**ANNEXE 7 : EXEMPLE D'OUTIL INFORMATIQUE UTILISÉ POUR LA
COMPILATION DES RAPPORTS AH-223.....p88**

ANNEXE 8 : EXTRAITS DE LA LOI 113.....p89

PAGE BLANCHE

Introduction

Le Comité national d'aide à la gestion des risques et de la qualité a demandé au CIRANO de faire une analyse du rapport d'incident/accident AH-223, formulaire de déclaration proposé par le MSSS du Québec et utilisé par un grand nombre d'établissements. Nous avons concentré notre étude sur les centres hospitaliers (CH). Nous avons recueilli des quelques informations sur les autres types d'établissements mais une étude est actuellement en cours. De plus, pour avoir une vision globale de la démarche de déclaration dans les centres hospitaliers, nous avons étudié l'ensemble du processus de report des accidents et incidents et les formulaires de déclaration utilisés, le AH-223 ou un autre formulaire.

Notre étude est d'autant plus importante qu'avec la loi 113, la déclaration des incidents/accidents est devenue obligatoire dans tous les établissements du Québec. Le formulaire de déclaration est la pierre angulaire de ce processus de déclaration.

La loi oblige « toute personne, exerçant des fonctions dans un établissement, de déclarer tout incident ou accident qu'elle a constaté dans les plus brefs délais à l'aide du formulaire prévu à cet effet ». Les définitions données par la loi renseignent du type d'événement à reporter :

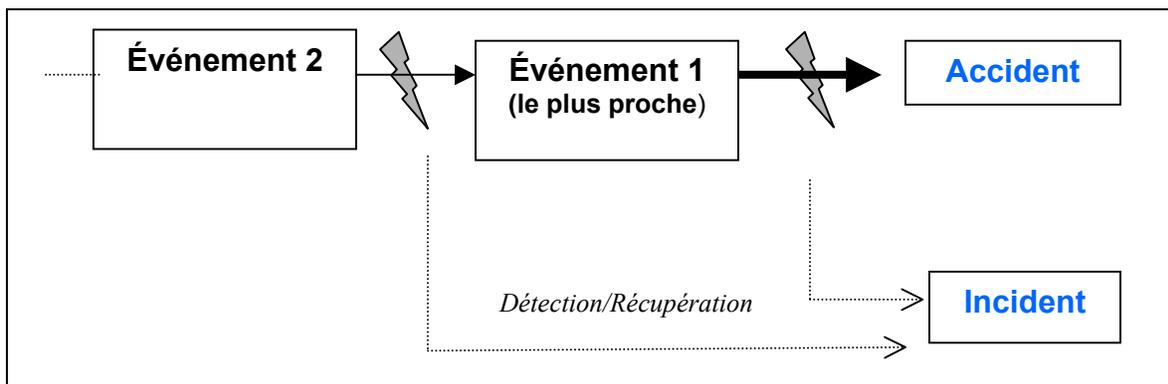
Accident : Action ou situation où le risque se réalise et est, ou pourrait être, à l'origine de conséquences sur l'état de santé ou le bien-être de l'utilisateur, du personnel, d'un professionnel concerné ou d'un tiers.

Incident : Une action ou une situation qui n'entraîne pas de conséquence sur l'état de santé ou le bien-être d'un usager, de 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.

Les objectifs du présent rapport sont :

- 1) **d'évaluer le processus de déclaration des incidents/accidents et d'analyser les formulaires de déclaration utilisés** : informations contenues dans les formulaires (AH-223 ou autre), pertinence des informations, façon dont ils sont remplis, par qui,...
- 2) **d'évaluer la gestion qui est faite au sein de l'établissement des rapports d'incident/accident remplis** (AH-223 et autres) : qui les reçoit ? qui les lit ? qui les compile ? quel suivi en fait-on?...
- 3) **de repositionner la démarche de déclaration dans une démarche plus globale de gestion des risques en considérant le report comme la première étape** : est-ce que les informations contenues dans le rapport sont pertinentes pour amorcer une analyse approfondie ? Les informations recueillies permettent-elles d'avoir une bonne idée de ce qui s'est passé ? L'aspect organisationnel ne devrait-il pas être plus mis en avant ?...

Le rapport d'incident/accident vient en amont de toute démarche d'analyse. Il équivaut à une photo prise au moment de l'incident/accident. Il donne essentiellement des informations sur le dernier maillon d'une chaîne qui, dans certains cas, peut en contenir plusieurs (voir le schéma ci-dessous).



Graphique 1 : Chaîne des événements ayant conduit (ou non) à la réalisation du risque

Dans le cas d'un accident, on documente le risque qui se réalise et qui atteint l'utilisateur. Par exemple, dans le cas où l'on administre un médicament non prescrit à l'utilisateur, le rapport d'accident décrira le moment où le médicament a été administré (événement 1) et les événements ultérieurs ne seront pas nécessairement décrits. Si l'infirmière se rend compte avant d'administrer le médicament qu'il ne s'agit pas du bon, elle va devoir remplir le rapport pour déclarer l'incident. Si le pharmacien découvre le problème avant que le médicament ne quitte la pharmacie, il complète un rapport d'incident qui décrit un événement de type 2.

Dans la première partie de ce rapport, nous définirons la méthodologie sur laquelle est basée notre analyse critique du report des incidents et accidents dans le milieu hospitalier au Québec. Nous ferons ensuite un bref historique du rapport d'incident/accident AH-223, et des objectifs prévus lors de sa conception. Dans la troisième partie, nous détaillerons section par section le formulaire AH-223 actuellement proposé par le MSSS. Nous analyserons l'information demandée, son utilisation et nous proposerons un certain nombre de modifications. Nous concluons par des recommandations et des pistes de réflexion sur les possibilités de révision du formulaire AH-223 et de l'ensemble de la démarche de report des incidents/accidents.

1. Méthodologie

Notre analyse et nos commentaires sont basés d'une part, sur le formulaire AH-223 (version française et version anglaise) et le guide de formation et d'utilisation du rapport AH-223² et d'autre part, sur l'étude d'un échantillon de rapports d'incident/accident complétés, mais dénominalisés, fournis par l'AHQ. Pour affiner notre analyse, nous avons fait des visites d'établissements hospitaliers et nous avons eu des contacts téléphoniques avec des professionnels du milieu de la santé au Québec. De plus, nous avons fait une étude des programmes de report existants dans d'autres pays, et nous avons eu des échanges avec des gens travaillant dans le domaine de la gestion des risques en milieu hospitalier aux États-unis.

1.1 Le formulaire AH-223 et le guide d'utilisation et de formation

Le formulaire AH-223 et son guide constituent les documents de base de notre analyse. Nous avons regardé toutes les versions (à notre connaissance) du AH-223 et les deux versions du guide d'utilisation et de formation, celle de 1989 et la version révisée de 1995. Nous avons utilisé les définitions et la terminologie du guide comme base de référence.

1.2 L'échantillon de rapports d'incidents/accidents étudiés

Les rapports d'incidents/accidents étudiés ont été complétés sur différents formulaires de différentes façons : formulaire original AH-223 écrit à la main ou informatisé, AH-223 légèrement modifié ou sur un rapport « maison ». Nous avons étudié la structure des différents types de rapports. Ils provenaient d'établissements de différentes missions : CH, CHSLD, CLSC, etc. et ils touchaient un éventail d'événements: *fracture suite à une chute entraînée par une crise d'épilepsie, climatisation trop froide, blessure lors d'un déplacement de l'utilisateur, brûlure après chute d'un bol de thé sur la cuisse de l'utilisateur,*

² Guide d'utilisation et de formation du rapport AH-223, Publication de l'AHQ, 1995.

érafure par la civière lors du transfert du patient de la civière à la table d'examen radiologique, chute du lit, complication, erreur de médication, erreur d'identification du malade, ...

1.3 Visites et contacts téléphoniques

Nous avons visité plusieurs établissements, à de nombreuses reprises et rencontré ou discuté par téléphone avec des gens de diverses professions : infirmière, infirmière chef, médecin, médecin spécialiste, pharmacien, gestionnaire de risque, directeur des services professionnels. Nos échanges ont porté principalement sur la structure de report des incidents/accidents en place dans leur établissement ainsi que du formulaire de déclaration utilisé. Ils nous ont donné leur opinion sur le formulaire AH-223, ainsi que sur les modifications qu'ils ont ou aimeraient voir apportées au formulaire actuel.

1.4 Formulaires et contacts américains

Nous avons fait une recherche sur le report des incidents et accidents dans d'autres pays. Nous avons trouvé de nombreux programmes de report aux États-Unis, principalement sur les erreurs de médication. Nous avons eu accès à plusieurs formulaires et documents liés au report des incidents/accidents. Cela nous a aidé à proposer des modifications.

Encadré 1 : Méthodologie

- Formulaire AH-223;
- Guide d'utilisation et de formation du rapport AH-223 (1995);
- Analyse d'un échantillon de rapports complétés d'incident/accident fournit par l'AHQ;
- Visites et contacts téléphoniques avec divers professionnels sur le processus de report des incidents/accidents;
- Étude des programmes de report des incidents/accidents et des formulaires utilisés ailleurs dans le monde;
- Discussion avec des gens travaillant dans le domaine de la gestion des risques principalement aux États-Unis.

2. Historique et objectifs du rapport d'incident/accident AH-223

2.1 L'historique

2.1.1 Le compte rendu d'accident

Depuis 1972, il y a obligation dans les règlements de la Loi sur les services de santé et les services sociaux de mettre au dossier de l'utilisateur tenu par l'établissement, un rapport sur tout accident qu'il aurait subi. À partir de 1981, le Ministère des Services Sociaux et de la Santé (MSSS) proposait un formulaire appelé COMPTE RENDU D'ACCIDENT utilisé surtout par les soins infirmiers dans les établissements de courte et de longue durée pour les erreurs de médicaments, les chutes et les fugues. Ce formulaire était utilisé sur une base volontaire. Plusieurs établissements l'ont remplacé par un formulaire « maison » et la majorité des directions des soins infirmiers qui l'utilisaient le jumelaient à un questionnaire plus précis pour spécifier la nature de l'événement.

2.1.2 La création du formulaire AH-223

En 1989, le formulaire de Rapport d'incident/accident a été créé, puis modifié en avril 1990 sous la version AH-223 distribué depuis par le ministère à tous les types d'établissements du réseau de la santé. Ce formulaire était d'abord fourni gratuitement, maintenant cela coûte 8,26 \$ pour 100 formulaires. Le formulaire comporte trois copies. La copie blanche (8,5 X 11) est déposée au dossier de l'utilisateur, lorsqu'il s'agit d'un usager hospitalisé. Dans le cas d'un usager en consultation externe ou ceux ayant obtenu leur congé, la copie blanche est envoyée au Service des archives médicales où elle est classée. Les deux autres copies qui contiennent deux sections supplémentaires sont de plus grand format (8,5 X14). Elles sont utilisées selon les politiques de l'établissement. En général, l'une des copies est envoyée à la personne en charge de la qualité et des risques ou à la direction générale et l'autre à la personne qui codifie l'information. Les copies qui n'ont pas à être transmises sont dans certains cas détruites. Les informations

des sections supplémentaires, au bas du formulaire, ont un statut spécial les exemptant de l'obligation de divulgation à l'utilisateur.

2.1.3 Les révisions du formulaire AH-223

Le formulaire AH-223 a fait l'objet de plusieurs révisions. La version la plus récente du formulaire date de 1999. Nous avons cependant remarqué que des versions antérieures sont toujours utilisées dans certains établissements (versions de 1989, de 1990, et 1996). Les modifications observées sur les différentes versions sont mineures et elles ne touchent en rien la structure du document. Par exemple, dans la première version on demandait le numéro d'assurance sociale et on ne le demande plus, et le terme « bénéficiaire » a été remplacé par « usager ».

2.1.4 L'utilisation volontaire du formulaire AH-223 dans les établissements

L'utilisation de ce formulaire n'est pas obligatoire. Les établissements sont libres d'utiliser le rapport AH-223 tel quel, de le modifier ou d'en créer un nouveau. L'utilisation du formulaire AH-223 doit être faite selon le bon jugement et les directives du programme local de gestion des risques. L'AHQ a créé un guide de formation et d'utilisation du formulaire AH-223 pour accompagner ce formulaire et aider les centres hospitaliers à l'utiliser. Mais comme pour le formulaire, celui-ci peut être adapté aux besoins et aux spécificités de l'établissement. Il est important de rappeler que lorsque le formulaire a été créé, un grand nombre de gestionnaires de risque étaient en poste dans le réseau de la santé. Ces postes furent parmi les premiers à être éliminés lors des coupures budgétaires des années 90. Jusqu'à présent, peu d'établissements ont une personne en charge exclusivement de la gestion des risques et de la qualité. Mais avec la loi 113, cela devrait changer.

Encadré 2 : Historique du formulaire AH-223

- 1972 : obligation de déposer au dossier de l'usager un rapport sur tout accident dont il aurait été victime;
- 1981 : Mise en circulation du formulaire COMPTE RENDU D'ACCIDENT;
- 1990 : Distribution du nouveau formulaire Rapport d'incident/accident AH-223;
- 2002 : Adoption de la loi 113

2.2 Les objectifs du rapport AH-223

Nous avons utilisé le guide d'utilisation et de formation préparé par l'AHQ en 1989 et révisé en 1995 pour comprendre les objectifs initiaux et la démarche du report des incidents et accidents visé par l'utilisation du formulaire AH-223. Nous avons observé que de nombreux établissements n'utilisent pas ce guide et que les définitions et les consignes qu'il contient ne sont ni connus ni adoptés par tous. Les commentaires de cette section constituent donc notre interprétation des informations fournies dans le guide.

2.2.1 Objectifs du rapport AH-223 définis dans le guide d'utilisation de l'AHQ

Le rapport d'incident/accident AH-223 a été conçu pour déclarer tout événement concernant l'usager, les accompagnateurs ou les visiteurs. Selon le guide de formation et d'utilisation³, le rapport AH-223 a deux objectifs :

Objectif 1 : documenter les incidents et accidents pour en assurer le suivi (contrôle des pertes);

Objectif 2 : alimenter une banque d'information sur les situations de risques dans l'établissement (contrôle des risques).

³ Guide d'utilisation et de formation du rapport AH-223, AHQ, 1995, p.5

Il a pour but de faciliter et de normaliser la cueillette d'informations susceptibles de permettre l'identification des risques. Il est construit de façon à répondre dans l'ordre aux questions suivantes : *À qui? Quand? Où? Quoi? Qu'est ce qui a été fait?*

Le guide de formation et d'utilisation du rapport AH-223 définit des circonstances dans lesquelles un rapport pourrait (ou devrait) être complété, c'est-à-dire tous les accidents avec dommages (corporels et matériels) ainsi que les événements laissant entrevoir la possibilité de dommages futurs (corporels, matériels, ou psychologiques). Tout membre du personnel, incluant les professionnels indépendants, est invité à rapporter au gestionnaire de risques les situations qu'il (ou elle) « juge » faire partie de la définition présentée dans le guide.

2.2.2 Les définitions

Les définitions proposées par l'AHQ en date du 25 octobre 2002 étaient les suivantes⁴:

- ***Accident*** : *Action où le risque se réalise et cause des dommages à l'utilisateur, au personnel ou à des tiers ou à leurs biens ou à ceux de l'établissement.*

Exemple : chute causant des dommages

- ***Incident ou presque-accident*** : *action ou situation quelconque qui ne cause pas de dommage mais dont le résultat est inhabituel et qui, en d'autres occasions, pourrait causer des dommages.*

Exemple : Erreur de posologie découverte avant l'administration du médicament

⁴ La conception du rapport AH-223 en 1989 était précurseur à la loi 113 adoptée en décembre 2002, visant à structurer la gestion des risques. En incluant dans la démarche les incidents et situation, état de chose ou déroulement potentiellement dommageable qui fournissent des informations aussi valable à fin d'analyse que les accidents.

Selon ces définitions, dès qu'un événement a atteint un usager, quelles qu'en soient les conséquences, il s'agit d'un accident. *Par exemple, un usager à qui on administre une dose d'analgésique alors qu'aucune n'était prescrite a été victime d'un accident et cela même s'il n'y a aucune conséquence pour l'utilisateur.*

Le guide propose d'autres cas :

Situation ou état de chose potentiellement dommageable : *plancher mouillé ou défibrillateur inopérant;*

Déroulement d'une situation potentiellement dommageable : *Complication imprévisible post-chirurgie ou procédure de travail inadéquate ou incomplète;*

Manifestation (plainte) laissant croire à la possibilité d'une réclamation : *menace verbale.*

Encadré 3 : Les objectifs prévus du Rapport d'accident/incident AH-223

- Déclarer tout événement concernant l'utilisateur, les accompagnateurs ou les visiteurs;
- Rappporter non seulement les accidents mais aussi les incidents, les situations ou état de chose potentiellement dommageable et déroulement d'une situation potentiellement dommageable;
- Faciliter et normaliser la cueillette d'informations susceptibles de permettre l'identification des risques.

3. Le report des incidents/accidents : analyse de la situation actuelle

Même si de nombreux établissements ont adopté le rapport AH-223 en 1989, plusieurs ont cherché aux cours des dernières années à l'adapter à leurs besoins spécifiques. De plus, la démarche de report des incidents et accidents a aussi été adaptée de façon à cerner les causes et les facteurs associés aux événements indésirables. Toutes les démarches qui nous ont été présentées ont comme objectif de déclarer les situations à risque (réalisées ou non), de documenter les incidents et accidents impliquant les usagers, les visiteurs, et le personnel dans le but d'identifier les causes et les circonstances entourant les événements, et de mettre en place des mesures correctives pour éviter la répétition d'événements semblables.

Une démarche de réflexion et de sensibilisation à la déclaration des incidents/accidents est donc amorcée dans de nombreux établissements et il nous semble que le moment est bien choisi pour offrir des outils et des ressources dans le but de standardiser la démarche pour permettre une remontée de l'information au niveau provincial. Il faut cependant prendre en considération les outils créés et déjà en place. Dans cette section, nous regarderons tout d'abord les politiques et procédures actuellement en vigueur : les définitions d'incident et d'accident utilisées, par qui et quand les rapports sont complétés, le type d'événement reporté, le formulaire sur lequel le rapport est complété et la gestion des informations recueillies.

3.1 Politiques et procédures de report des incidents et accidents dans les établissements

Les politiques et les procédures – c'est-à-dire, pour quel événement un rapport est rempli, qui le fait, sur quel formulaire, dans quel délai, et s'il y a un suivi des rapports, et qui fait ce suivi– sont établies par chaque établissement. Ces politiques et procédures, en plus de varier grandement d'un établissement à un autre, ne sont pas nécessairement clairement définies et diffusées parmi le personnel.

Nous avons eu l'occasion de lire les documents encadrant le report des incidents et accidents dans plusieurs établissements. Certaines politiques de report et d'utilisation du formulaire sont en place, d'autres sont à l'étude. Dans l'un des établissements, nous avons constaté que les définitions et les consignes proposées par la DSI pour compléter les rapports étaient parfois différentes de celles proposées par le guide de formation et d'utilisation de l'AHQ. Elles étaient surtout beaucoup plus restrictives, minimisant le nombre de rapports devant être complétés.

- Nous croyons que dans un but d'uniformiser l'utilisation du formulaire et la collecte de données, les politiques et procédures de rédaction de rapport d'accident/incident devraient être les mêmes dans tous les établissements ou du moins suivre les mêmes grandes lignes.

3.1.1 Les définitions utilisées

Les définitions d'incident et d'accident utilisées sont variables d'un endroit à l'autre, et même à l'intérieur d'un même établissement, il peut exister des désaccords. Pour plusieurs intervenants du milieu de la santé, un incident est tout ce qui n'a pas eu de conséquence ou même tout événement qui n'a pas eu de conséquences graves. Voici quelques exemples de définitions utilisées :

- Dans un établissement, on utilise le terme incident pour tout (les incidents et les accidents) « *toute condition ou circonstance qui dévie des procédures hospitalières normalement pouvant causer des dommages matériels, psychologiques ou physiques* ». Il s'agit aussi de toute circonstance qui peut nuire à la capacité de l'hôpital d'offrir un service efficace et des soins de qualité.
- Un autre établissement distingue les incidents et accidents en fonction de leurs conséquences, c'est à dire *l'incident prévenu* (n'a pas atteint le patient), *l'incident non prévenu* (a atteint le patient mais est sans conséquence), *l'accident avec conséquence mineure* et *l'accident avec conséquence majeure*.

Nous avons vu des rapports où le terme accident ou incident était encerclé en haut du rapport pour indiquer duquel il s'agissait. Nous avons observé cela surtout pour des incidents comme pour bien montrer que l'on ne déclarait pas un accident mais bien un incident. Il serait essentiel de pouvoir déterminer le nombre d'accidents et d'incidents séparément, sans analyse. Mais étant donnée la confusion qui règne concernant l'utilisation de ces termes, une clarification devrait être faite auprès des gens qui complètent les rapports.

- Il est important de clarifier les définitions et que tout le monde utilise la même pour permettre une uniformisation du report.

3.1.2 Le type d'événement reporté

Les événements reportés peuvent se diviser en 3 grandes catégories. Premièrement, les événements reliés à la sécurité (comme les vols, la perte d'objets, les agressions) et aussi les chutes reliées à l'environnement (comme la glace dans les stationnements ou les dégâts d'eau). Le deuxième type d'événements est en lien direct avec l'utilisateur et le troisième type concerne les événements survenus en périphérie de l'utilisateur, comme les événements ayant lieu au laboratoire ou à la pharmacie. Actuellement, ces trois types d'événements peuvent être rapportés sur le formulaire AH-223. Toutefois, il est surtout utilisé pour les événements du deuxième type. Il existe souvent des rapports différents pour les deux autres types ou dans les cas extrêmes, les événements à la périphérie du patient ne sont pas reportés.

De plus, d'autres événements ne sont pas reportés à l'aide du formulaire AH-223 :

- Les infections nosocomiales font l'objet d'un traitement à part. Sont reportées sur le AH-223 uniquement les infections qui font ou qui pourraient faire suite à un événement indésirable : par exemple, une infection suite à la réutilisation d'un outil à usage unique ou d'un appareil non stérilisé,....

- Les incidents et accidents reliés aux produits sanguins sont rapportés sur un autre formulaire, le AH-520 (voir annexe 3)

➤ Nous croyons qu'il est important d'inclure dans la démarche de report des incidents/accidents tous les services et département d'un établissement de soins. La source d'un incident ou d'un accident peut se situer à n'importe quel niveau du système.

▪ **Incidents/accidents reliés à la sécurité**

Dans les cas reliés à la sécurité, les rapports sont, la plupart du temps, complétés par le personnel du service de sécurité. Plusieurs établissements ont des formulaires « maison » spécifiques à la sécurité qui peuvent être complémentaires au rapport d'incident/accident ou au rapport de police. Les rapports sont acheminés au chef du service de la sécurité qui en fait le suivi. Dans les cas où une poursuite est prévisible le rapport est acheminé à la direction des services financiers ou à la direction des risques et de la qualité dépendamment de l'établissement.

Les rapports de sécurité « maison » demandent assez peu d'informations. On y demande les renseignements suivants : date de l'événement, nature de l'événement, description de l'accident ou incident, remarques de la victime ou des témoins, nom de celui qui a rédigé le rapport et de celui qui l'a vérifié). Les questions sont ouvertes, il n'y a pas de choix de réponse. Dans les établissements où l'on utilise le formulaire AH-223, la section 3 est souvent barrée car non pertinente. Ces événements concernent, proportionnellement, beaucoup plus les visiteurs que pour les autres types de rapport. Le nombre de rapports reliés à la sécurité complété est important.

▪ **Événements en lien direct avec l'utilisateur**

Nous n'avons vu très peu de rapports d'incident/accident survenu ailleurs que dans les unités de soins, et ils sont complétés principalement par les infirmières.

Les incidents/accidents rapportés sont presque toujours en lien direct avec l'utilisateur. Nous détaillerons par la suite.

- Les médecins et autres professionnels oeuvrant au sein d'un établissement devraient compléter un formulaire de rapport d'accident/incident comme les employés.

- **Événements en périphérie de l'utilisateur**

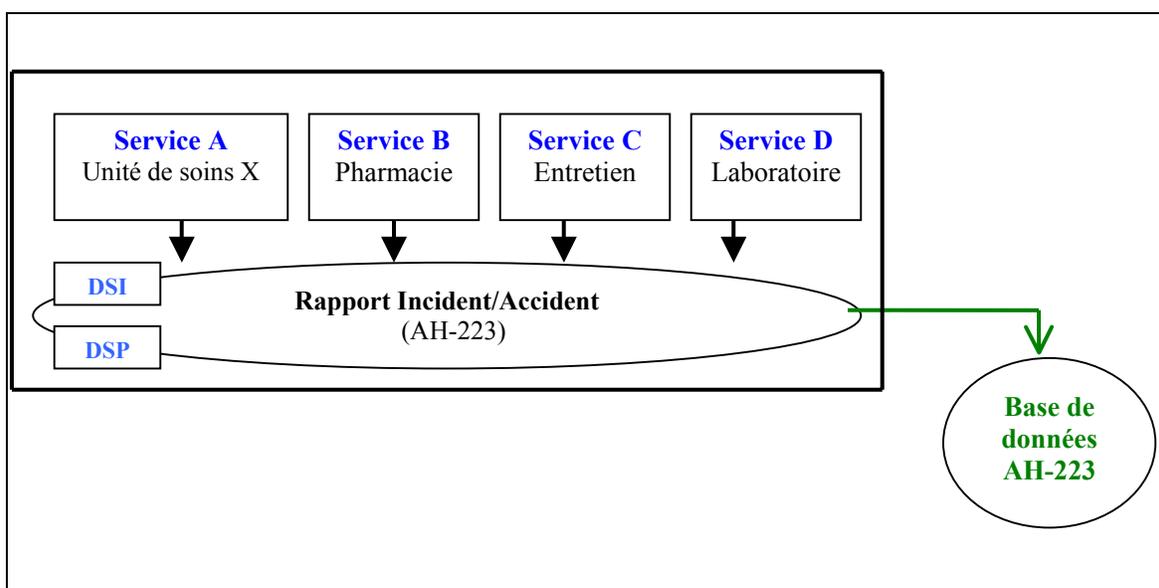
Nous avons vu peu de rapports d'événements survenus en périphérie de l'utilisateur.

Certains services utilisent des rapports qu'ils ont conçus (c'est essentiellement le cas de la pharmacie) et font une gestion des incidents et accidents au niveau du service, alors que d'autres ne reportent pas du tout ce type d'événements. Souvent, il n'y a pas de politique de report (on a observé cela pour de nombreux services comme les archives ou la radiologie), ni de structure définie de suivi et de remontée de l'information. Cette situation peut s'expliquer par la culture du milieu, l'absence de consignes claires dans les services autres que les soins et par le fait que le formulaire AH-223 est construit pour les événements en lien direct avec l'utilisateur. Comme nous le verrons plus loin dans l'analyse section par section, les sections *lieu* et *l'objet* permettent difficilement de reporter des événements survenus en périphérie de l'utilisateur sauf à remplir la case AUTRE.

Si l'on veut faciliter le report des presque accidents, il faudra réfléchir à la structure du rapport. Dans le cas d'un presque accident qui n'atteint pas un utilisateur les sections 3, 5, et 7 du AH-223 sont non pertinentes et les sections 1 et 2 permettent difficilement de décrire ce type d'incident. Dans le cadre de la nouvelle loi, tous les incidents/accidents doivent être rapportés et pas seulement ceux qui ont lieu en lien direct avec l'utilisateur. Pourtant, dans les objectifs établis lors de la conception du AH-223 tous les incidents/accidents étaient visés. Trois autres possibilités, qui peuvent être regroupées ensemble comme

presqu'accidents, étaient définis dans le guide : l'incident, la situation ou état de chose potentiellement dommageable et le déroulement d'une situation potentiellement dommageable.

- Il serait important de sensibiliser et de favoriser l'utilisation d'un même rapport d'incident/accident dans tous les services des établissements. Cela permettrait d'avoir une vision globale de la situation dans l'établissement et pourrait alimenter une base de données locale.



Graphique 2 : Structure de gestion du report impliquant tous les services de l'établissement

▪ Le sous report

Plusieurs personnes rencontrées estiment qu'il existe un sous report des incidents et des accidents. Cela s'explique essentiellement pour des raisons de culture, de manque de temps, et de ressources limitées. Par exemple, une infirmière qui réalise au moment d'installer un soluté, que ce n'est pas le bon, le change mais ne remplit pas systématiquement de rapport. Comme nous l'avons mentionné dans l'introduction, le AH-223 a été construit pour reporter différents incident, situation ou déroulement potentiellement dommageable, et pas uniquement les accidents. Cependant, il semble que la plupart des rapports sont complétés pour des accidents. L'une des explications

qui nous a été donnée est que le personnel est déjà débordé et qu'il ne remplit le rapport, AH-223 ou autre, que dans les cas d'accident ou/et sérieux. Le report d'incident, de situation ou état de chose potentiellement dommageable ou déroulement d'une situation potentiellement dommageable est moins fréquent et souvent lorsqu'il est fait, l'information reste au niveau de l'unité.

- **Les plaintes prévisibles**

Les cas où une plainte est prévisible sont rapportés de façon assez systématique et en général bien documentés. Dans certains établissements, il est clairement indiqué dans les consignes que le AH-223 doit servir à documenter les événements en prévision des litiges juridiques possibles. La majorité des rapports transmis à l'AHQ concernent des accidents mais cela est normal puisque l'AHQ est l'assureur des hôpitaux.

3.1.3 Délai pour compléter un formulaire

Les délais dans lesquels le rapport AH-223 doit être complété restent au choix de l'établissement. Nous avons vu des endroits où le rapport doit être complété et signé, dans les 7 jours suivant l'incident/accident. D'autres demandent que ce soit fait dans les 48 heures. D'autres endroits précisent que la gestionnaire de risque doit être avisée dans les 24 heures suivant l'événement si celui-ci est grave, ce qui sous-entend qu'un rapport doit être complété dans les mêmes délais.

3.2 Le formulaire de report d'incident et d'accident

3.2.1 Le formulaire utilisé : le rapport AH-223

Le formulaire le plus utilisé dans les établissements consultés est le rapport AH-223 (même si l'on verra par la suite que nombreux sont ceux qui l'ont modifié). Un rapport bien complété doit permettre de répondre aux questions suivantes : Où l'événement a-t-il été découvert? Qui en a été la victime? Certaines informations sur sa condition, les gestes posés? Qui a été avisé? Y avait il des témoins? Une plainte est-elle prévisible? C'est

surtout la section *Description des faits* qui renseigne sur le déroulement de l'accident/incident.

La première constatation que nous avons faite à la lecture des rapports est que beaucoup d'entre eux sont assez mal remplis, incohérents ou visiblement incomplets. Nous avons remarqué que les rapports remplis à la main sont souvent illisibles. Par exemple, la section F, *Description des faits* est illisible ou les informations données ne correspondent pas toujours à ce qui a été coché dans les choix de réponse. La section 3 est parfois utilisée pour décrire l'état de l'utilisateur SUITE à l'incident/accident. Dans certains cas, deux objets sont cochés dans la section 2.. Les facteurs de contexte qui peuvent être des facteurs contributifs, c'est à dire une situation qui augmente la probabilité qu'un événement se réalise, sont en général absents. Nous avons remarqué que les utilisateurs complètent uniquement l'information qu'ils jugent comme étant pertinentes à l'analyse de l'événement, ce qui s'avère souvent insuffisant.

3.2.2 AH-223 modifié et rapports complémentaires

- **AH-223 modifié**

Nous avons pu observer différents changements dans les formulaires de report utilisés.

- Certains établissements ont gardé la structure du rapport AH-223 (les sections 1 à 10) mais ont éliminé tous les choix de réponse et laissé ces questions ouvertes. La majorité des rapports étudiés complétés sur des formulaires à questions ouvertes renseignent autant sur le déroulement de l'incident/accident que le AH-223. En fait, souvent ils permettent de mieux saisir les circonstances parce qu'ils laissent plus de place à l'utilisateur pour décrire les faits. Ces formulaires sont cependant plus difficiles à codifier. De plus, certaines personnes qui utilisent ce type de rapport les trouvent un peu long à remplir.

- À l'inverse, certains établissements ont modifié la structure en ajoutant des sections ou des choix de réponses dans les sections existantes déjà sur le formulaire original. Par exemple, on a trouvé une nouvelle section axée sur les aspects liés à la sécurité. Un autre formulaire modifié remplace la section 3 par une section cherchant à identifier les facteurs contributifs relatifs à la personne et à l'environnement. Les termes utilisés sont plus précis que ceux du AH-223 par exemple, DÉFICIT AUDITIF OU VISUEL, ÉTAT MENTAL PERTURBÉ déjà dans le AH! etc.

Plusieurs autres modifications ont attiré notre attention. Par exemple, il était demandé :

- d'identifier les conditions d'hospitalisation ou la raison de la présence à l'hôpital. Par exemple, l'Usager est à l'hôpital pour une chirurgie (et se trouvait dans la phase pre-op, op, post-op c'est à dire de 24 heures avant à 48 heures après), l'usager est vu en clinique externe, est hospitalisé en courte durée, en longue durée. Nous trouvons intéressant de savoir pour quelle raison l'usager est dans l'établissement. Cela permet de mettre en évidence des caractéristiques des usagers plus à risque.

- de spécifier dans la section *mesures prises*, les services appelés autres que clinique comme la brigade d'incendie, la sécurité, l'entretien, etc.

De plus, on a observé l'ajout de nombreuses options dans la section *objet* pour *médication* comme par exemple complication de l'infiltration du soluté, médicament expiré ou détérioré, etc. Un exemple de section 2-B modifiée a été mis en annexe 4.

Certains rapports remplacent la question ouverte pour la section *mesures prises* par des choix de réponse, par exemple, prélèvement supplémentaire requis, intervention requise, transfert aux soins intensifs, etc.

Dans certains cas, il était demandé d'identifier la gravité des conséquences et de préciser si elles étaient majeures, mineures ou sans conséquences. Dans le même

esprit, un établissement demande aux personnes qui remplissent le AH-223 de spécifier une cote. La cotation a été établie à partir de l'échelle de NCC MERP utilisée pour les erreurs de médication (voir annexe 5) et adaptée à tous les types d'événements (il ya une échelle par type d'événement – services cliniques et soins, erreurs de médication, chutes, matériels/équipements,...). La classification va de la cote A, pour les circonstances ou événements qui auraient pu entraîner une erreur, à la cote I, où il y a eu erreur entraînant la mort de l'usager. Les utilisateurs du AH-223 inscrivent la cote à un endroit donné sur le rapport. Les rapports ayant la cote G, H et I sont automatiquement transmis au gestionnaire de risques, alors que pour les événements cotés F, la personne qui complète le rapport téléphone au gestionnaire de risques pour confirmer qu'il s'agit bien d'un F et non d'un G.

▪ **Rapport complémentaire (ou rapport circonstancié)**

De nombreux établissements demandent pour certains cas qu'un rapport complémentaire soit complété par l'infirmière en chef de l'unité. Ce rapport peut être faite avec les personnes témoins ou celles qui l'ont contacté après les faits. Ce rapport complémentaire visait à donner plus de détails sur l'événement, ses causes, les facteurs de contexte. Ce type de rapport est intéressant et permet de saisir des informations qui ne sont pas dans le rapport d'incident/accident ou autre.

3.2.3 AH-223 informatisé

À notre connaissance, en centre hospitalier (CH) les formulaires ne sont jamais complétés directement sur un support informatique par la personne qui constate l'événement. Les rapports (AH-223 ou autres) sont la plupart du temps rédigés à la main. La saisie informatique est faite par une autre personne et cela parfois plusieurs mois après la date de déclaration et dans un but d'analyse statistique des données recueillies.

Nous avons eu l'occasion de voir des rapports AH-223 provenant de CLSC et CHSLD. Certains d'entre eux étaient informatisés. Nous pensons que ces formulaires ont été complétés directement sur le support informatique mais nous n'avons as eu de

confirmation. Ces formulaires informatisés ont l'avantage d'être plus lisibles et concis (8,5 X 11, incluant les sections 9 et 10). En effet, il y a uniquement les réponses des questions cochées dans chaque section. On a donc rapidement une vue d'ensemble de la situation (voir annexe 2). Il est à remarquer que certains détails sont ajoutés dans les choix de réponses. Dans l'exemple donné en annexe, pour la section situation *préalable*, il est spécifié « repose au lit » (ce qui n'est pas dans le choix des réponses de cette section dans le AH-223).

Encadré 4 : Report des incidents/accidents

- Les politiques et procédures de report des incidents/accidents sont établis par les établissements et ne sont donc pas uniformes d'un endroit à l'autre;
- Les définitions d'accident et d'incident utilisées varient d'un endroit à l'autre;
- Les rapports sont souvent mal complétés;
- La presque totalité des rapports concernent des accidents;
- Les événements reportés le sont par des infirmières, sont en lien direct avec le l'usager aux unités de soins;
- Les services autres que les unités de soins utilisent souvent des rapports "maisons";
- Les rapports à questions ouvertes renseignent autant que le rapport AH-223;
- Une fraction seulement des incidents/accidents sont reportés pour des raisons de culture, de manque de temps et de ressources;

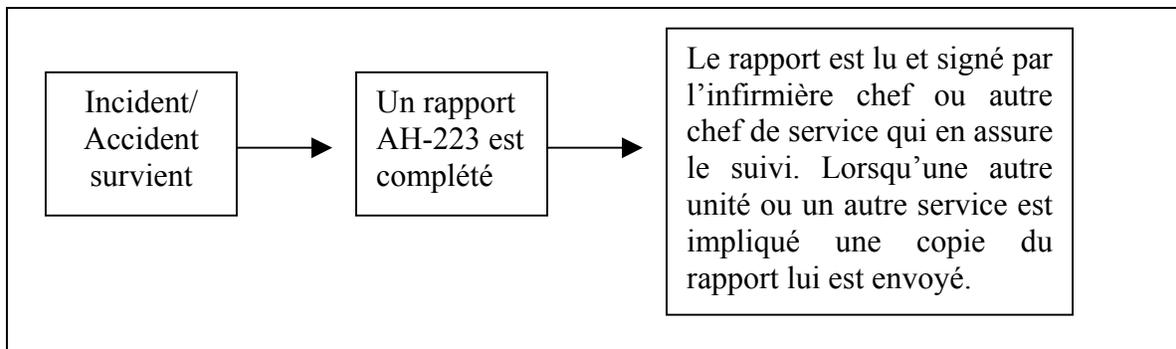
3.3 Structure de gestion des rapports d'incident/accident

Une fois l'information recueillie, sans regard à sa qualité, elle doit être transmise, codifiée et analysée, sinon, il n'y a aucune utilité à la recueillir. Certains établissements ont une structure bien définie et un suivi efficace. La majorité des établissements qui gèrent d'une façon active les rapports le font à travers la direction des soins infirmiers (DSI). Lorsqu'un incident ou accident implique deux services, il y a dans certains cas une communication entre les responsables des services impliqués ou à un niveau supérieur entre les directions correspondantes (DSI-DSP par exemple). La structure de gestion des

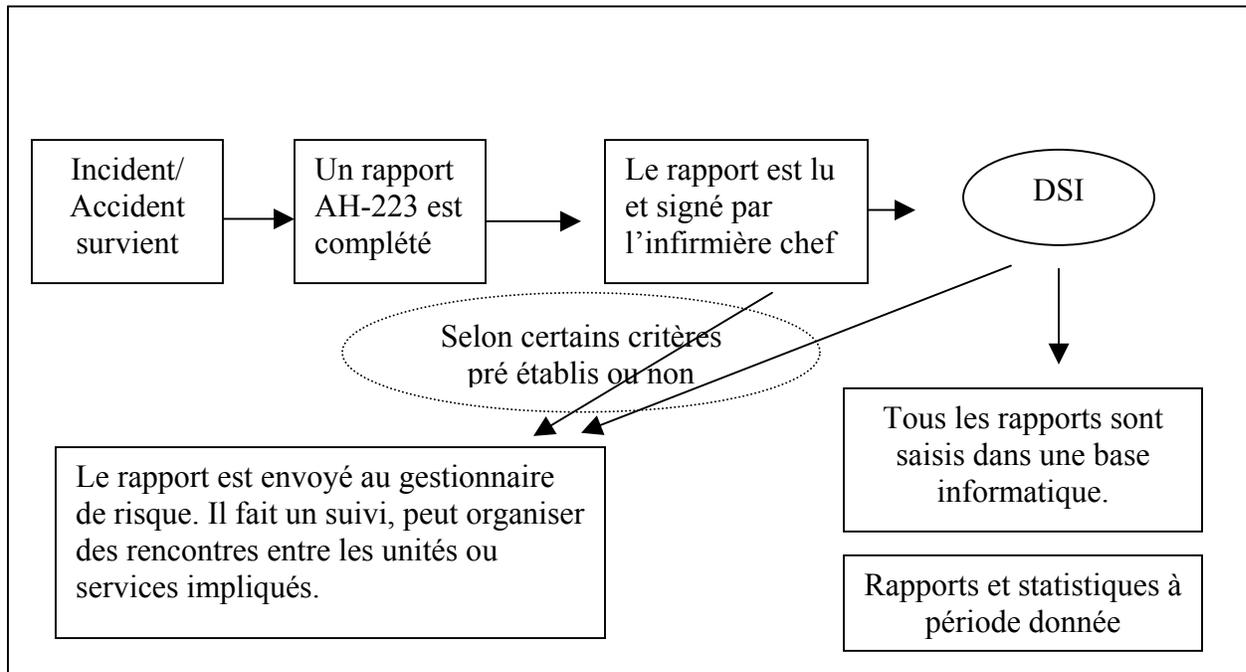
rapports AH-223 varie grandement d'un établissement à l'autre. La gestion des événements et la mise en place de mesures correctives sont même faits dans certains établissements au niveau de l'unité.

3.3.1 Exemples de structure de gestion des rapports

Les schémas suivants reprennent les diverses possibilités que nous avons rencontrées. Dans le premier cas, la gestion et le suivi se font au niveau de l'unité, dans le second cas tous les rapports sont transmis à la DSI qui en assure la compilation et le suivie ou à la gestionnaire de risque selon des critères préétablis. Mais même dans le premier cas, en cas d'accident grave, la DSI et la gestionnaire de risque seront avisées. D'une façon générale, nous avons observé que pour les cas graves, par exemple un décès, le circuit habituel de gestion des rapports est contourné. Les personnes en charge de la gestion de ces situations sont immédiatement contactées. Nous avons schématisé les deux situations les plus courantes : gestion « locale » versus gestion « étendue ».



Graphique 3 : Gestion « locale » au niveau de l'unité



Graphique 4 : Gestion « étendue »

Dans l'un des établissements visités, les types d'événements à risque devant être rapportés à la gestionnaire de risques sont clairement identifiés. Les critères dépendent soit du type d'événement, soit de la conséquence. Voici quelques exemples de critères pré-établis :

Exemples de critères
Toute administration d'une dose supérieure à la dose thérapeutique (ex. 10 fois la dose de médicament prescrit)
Tout fonctionnement douteux d'un équipement qui entraîne son retrait des unités de soins
Toute aiguille manquante lors du décompte final au bloc opératoire
Toute chute entraînant une fracture
Toute fugue et tentative de suicide

Dans un autre établissement, les rapports ayant la cote G à I selon l'échelle de NCC MERP (voir l'annexe 6), adaptée pour couvrir tous les types d'événements, sont automatiquement transmis au gestionnaire de risques.

3.3.2 La compilation des données faite actuellement

Plusieurs établissements ont une base de données sur les incidents/accidents. Pour la saisie et le traitement statistique, certains utilisent un logiciel acheté (voir annexe 7 pour un exemple) ou ont développé leur propre logiciel. Dans certains cas, il s'agit seulement de statistiques descriptives pour les sections à choix multiples (c'est à dire qu'il n'y a aucune codification). Ces données sont saisies par une tierce personne non impliquée dans les événements et en général plusieurs mois après. Dans certains cas, cela prend du temps car la personne doit déchiffrer ce qui est écrit ou « compléter » le rapport. Elle essaye de cocher les cases à partir de la section F, Description des faits.

- Une consigne sur les formulaires incomplets ou illisibles devrait être faite. Par exemple, tout formulaire incomplet, mal rempli ou encore illisible serait retourné à la personne.

Pour les questions ouvertes, les réponses sont rentrées dans la base de données de différentes manières. La plupart du temps, il y a une codification par mots clés ce qui peut diminuer la qualité de l'information recueillie. Il peut aussi y avoir une interprétation lors de la saisie *a posteriori* des rapports. La personne qui est chargée de saisir peut choisir un item dans une liste préétablie pour chaque section du rapport AH-223 les options qui décrivent le mieux l'incident/accident. La façon de procéder ainsi que les mots clés utilisés varient d'un endroit à l'autre.

Dans l'un des établissements, on a observé que seulement certaines sections du rapport d'incident/accident étaient saisies. Par exemple, les *mesures prises* (l'administration d'un analgésique, administration d'un autre médicament, désinfection, glace, etc.) et le

diagnostic (aucun, mineure, brûlure, plaie avec points suturés, fracture de divers membres).

D'autres établissements fonctionnent en identifiant d'abord la catégorie de l'incident ou de l'accident, les mêmes que celles du AH-223. Ensuite des objets et des sous-objets ont été précisés, détaillant plus les possibilités du AH-223 (par exemple, ajournement/délai). Les facteurs contributifs sont identifiés si possible, à partir essentiellement de la description des faits. Dans les exemples étudiés, la liste est assez limitée. On essaye aussi de codifier les avis et recommandations selon les différentes possibilités : discussion avec la famille, l'utilisateur, le département, l'employé, l'infirmière, le médecin, le pharmacien, ..., rapporté à la DSP ou à l'AHQ, révision de la procédure, etc.

Un établissement en particulier cherche systématiquement à croiser les informations pour mieux les interpréter. Par exemple, CHUTE-TROUVÉ PAR TERRE est l'objet le plus souvent coché. Il est possible d'établir que le grand nombre de chutes provient d'un département spécifique comme la neuropsychologie et qu'en incluant la variable de la condition préalable on peut montrer que les chutes surviennent surtout lors de crise d'épilepsie. Ce type d'information permet par la suite au gestionnaire d'avoir une idée des secteurs ou des pathologies particulièrement à risques et permet de fixer des objectifs sur la réduction des risques.

Encadré 5 : Structure de gestion des rapports d'incident/accident

- La gestion des rapports varie grandement d'un établissement à l'autre;
- Des analyses approfondies des incidents ou accidents sont déclenchées selon des critères établis ou non de gravité et de fréquence;
- Certains établissements ont mis sur pied des bases de données à partir des rapports d'incident/accident;
- La remontée d'information permet au gestionnaire d'identifier les secteurs plus à risque.

4. Le rapport d'accident/incident AH-223 : analyse section par section

4.1 Description générale du formulaire AH-223

Ce formulaire comporte 10 sections. Avant même de remplir les sections 1 à 10, il faut donner des renseignements sur l'établissement, la date et l'heure (nous numérotions cette section 0) et sur l'utilisateur (carte d'hôpital). Les deux dernières sections, 9 et 10, n'apparaissent pas sur la copie de l'utilisateur.

Section 1 : ENDROIT

La première concerne l'endroit où est survenu l'incident ou l'accident.

Section 2 : OBJET

La seconde section sert à identifier à quoi l'incident ou l'accident est relié. Les objets sont les services cliniques/soins, Médication, Chute, Équipement/matériel, Divers, et on demande une description des faits, sans jugement, ni analyse.

Section 3 : SITUATION PRÉALABLE

La troisième section décrit la situation préalable : état de la personne, capacité de déplacement, surveillance requise, considérations cliniques, environnement et lit.

Section 4 : MESURES PRISES

La section 4 demande une description des gestes posés ainsi que les personnes avisées.

Section 5 : DIAGNOSTIC CONSECUTIF

La section 5 renseigne le diagnostic consécutif versé au dossier par le médecin.

Section 6 : TEMOINS IDENTIFIES**Section 7 : PLAINTE PREVISIBLE****Section 8 : SIGNATAIRE**

La dernière section de la copie versée au dossier est les signatures.

Section 9 : AVIS OU RECOMMANDATION

Section 10 : TEMOINS (noms et le numéro de téléphone des témoins).

4.2 Analyse section par section

Nous allons analyser le formulaire AH-223 section par section. Pour chaque section, nous mettrons : (1) la section du formulaire discutée et les explications du guide (en italique) ; (2) nous définirons l'information recherchée selon le guide de formation et d'utilisation ; (3) nous regarderons comment les gens complètent le formulaire et (4) comment il pourrait être modifié à la lumière de ceux déjà modifiés et des informations obtenues lors de nos rencontres.

4.2.1 Section « 0 » : Informations Générales

Section 0 du formulaire AH-223

*Ce rapport doit être rempli selon les politiques
et procédures en vigueur dans l'établissement*

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT : _____

USAGER VISITEUR AUTRE : _____

SEXE : M F CURATELLE : OUI : Privée Publique
NON

Année	Mois	Jour	
Date			Heure

Cette section se situe en haut à gauche du formulaire, on demande les informations générales suivantes :

- **Le nom de l'établissement**

Un espace est réservé pour inscrire le nom de l'établissement. Dans la majorité des rapports examinés, cette section est laissée vide ou une abréviation est utilisée.

- Nous pensons qu'un code identifiant chacun des établissements ainsi qu'une pré-identification de l'établissement sur le formulaire, c'est-à-dire que le code pourrait déjà être imprimé sur le formulaire, devraient être utilisés. Cela sauverait du temps aux personnes complétant le formulaire. Il va de soit que le problème ne se pose pas pour la personne qui gère les rapports pour un seul établissement mais pour un établissement qui a plusieurs sites ou pour les fins de remontée des données, cette information doit être complétée.
- **Identification du type de personne victime de l'accident.**

Si le sujet est identifié, on coche une des trois cases. Autre est valable pour les cas où le sujet est un médecin ou un employé de l'hôpital ou un bénévole.

Normalement le personnel victime d'accident fait l'objet d'un autre rapport pour la CSST et la coutume veut que l'on remplisse aussi un rapport AH-223 principalement dans les cas où un usager est impliqué, par exemple dans le cas d'une agression. Il est toujours possible d'inclure ce type de victime dans AUTRE. Les cas auxquels nous avons eu accès concernaient principalement des usagers.

- Ce qui nous amène à nous questionner sur la pertinence des autres options. Il serait possible de mettre USAGER et AUTRE seulement.
- **SEXE**

Sexe du sujet.

Le sexe de la victime doit être indiqué dans cette section. Dans certains cas, cette information se trouve sur la carte de l'usager. Mais dans les cas de visiteur ou autre il n'y aura pas de carte.

▪ **Curatelle**

Indiquer si le sujet est un usager sous curatelle : oui ou non.

L'information recherchée par cette question est si la victime est sous curatelle et si oui, privée ou publique. Nous avons vu très peu de cas où cette section est remplie. La pertinence de cette information est reliée au problème de consentement et de refus de traitement.

- Nous pensons que cette information pourrait être mise ailleurs si nécessaire et n'a pas à être complétée pour tous les cas.

▪ **Date et heure**

La date de l'événement ou la date présumée, si possible, ou la date de découverte de l'événement. Préciser si la date inscrite est celle de la découverte de l'événement.

Il ne s'agit pas de la date où le rapport est complété. Cette information est généralement bien complétée.

- Dans le cas d'un formulaire informatisé, ces informations pourraient automatiquement se transformer en quart de travail, jour de semaine ou fin de semaine, et période de l'année. Par exemple :

Date et heure de l'événement :

26/04/2003

Jour de fin de semaine (samedi)

13 :15

Quart de travail de jour

- Nous pensons qu'il serait bien, pour éviter toute confusion, de mettre aussi à dans cette section la date où le rapport est rempli et de demander que l'heure soit écrite sur 24 heures (3 :15 s'écrit 15 :15).

Section 0 modifiée du rapport AH-223

CODE DE L'ÉTABLISSEMENT :
DATE DU RAPPORT :
DATE DE L'ÉVÉNEMENT :
HEURE DE L'ÉVÉNEMENT :

4.2.2 La carte d'hôpital de l'usager

La carte d'hôpital de l'usager

Date de naissance N.chambre (usager admis) N. de dossier
Nom et prénom à la naissance
Nom usuel ou nom du conjoint
Adresse
Numéro de téléphone
Numéro d'assurance maladie

Il n'est pas certain que l'information sur la carte d'hôpital soit la même dans tous les établissements. De plus, au sein du même établissement, les informations sur la carte d'hôpital ne sont pas les mêmes s'il s'agit d'un usager vu en clinique externe et d'un usager admis. Pour l'usager admis, on retrouve parfois des informations sur l'unité où il est hospitalisé. À partir de cette information, on peut parfois déduire le type de pathologie⁵.

De plus, que fait-on lorsqu'il s'agit d'un incident qui n'a pas atteint l'usager ou n'était proche d'aucun usager en particulier ? Nous n'avons trouvé aucune consigne écrite à ce sujet. Dans la pratique, on a vu que cette section était rayée. Par contre, si un incident vise un usager en particulier, la carte est plaquée. Par exemple, si l'infirmière réalise que le médicament qu'elle s'apprête à administrer à un usager n'est pas celui prescrit, elle plaquera la carte de l'usager sur le rapport d'incident. Par contre, si lors de la vérification des appareils en salle d'opération avant une chirurgie, l'une des machines a un fonctionnement inadéquat, la carte de l'usager à venir en chirurgie n'est pas

⁵ Depuis les récentes restructurations dans les hôpitaux, l'instauration du fonctionnement par programme, les patients ne sont plus regroupés par diagnostic.

nécessairement plaquée. En fait, il n'est même pas certain qu'un rapport d'incident soit complété. Cela dépend des établissements.

4.2.3 Section 1. Endroit

Lieu : au moyen d'une seule des vingt cases (incluant la case "autre endroit"), cocher le lieu spécifique de l'événement

Préciser (unité, département, etc.) : Description générale reconnue dans l'établissement (par exemple : biochimie, ateliers, obstétriques, urgence, etc.). Indiquer le numéro de local si applicable.

Section 1 du rapport AH-223

1. ENDROIT							
Accueil	<input type="checkbox"/>	Escaliers	<input type="checkbox"/>	Salles :			
Ascenseurs	<input type="checkbox"/>	Laboratoires	<input type="checkbox"/>	à manger	<input type="checkbox"/>	de réveil	<input type="checkbox"/>
Chambre	<input type="checkbox"/>	Local/sport	<input type="checkbox"/>	collective	<input type="checkbox"/>	de thérapie	<input type="checkbox"/>
Corridor	<input type="checkbox"/>	Stationnement	<input type="checkbox"/>	d'isolement	<input type="checkbox"/>	d'examen	<input type="checkbox"/>
Cour	<input type="checkbox"/>	Terrain	<input type="checkbox"/>	d'opération	<input type="checkbox"/>	de cours/atelier	<input type="checkbox"/>
				de bain/toilette	<input type="checkbox"/>		
<i>Préciser (Unité / département, etc...) :</i> _____							
Autre endroit : <input type="checkbox"/>							

Cette section vise à d'identifier l'endroit spécifique à l'incident/accident. Il n'est cependant pas clair de quel lieu il s'agit : l'endroit où l'incident a eu lieu ? a débuté ? ou a été découvert ? Un événement peut être ponctuel, comme il peut se dérouler pendant un certain temps. Par exemple, l'administration de façon continue d'un médicament non prescrit débute à l'urgence et le problème est découvert une fois l'utilisateur admis sur une unité. Dans ce cas à ENDROIT, on inscrira les informations sur l'unité (le numéro de chambre, l'unité,...). Si l'erreur avait été découverte avant que l'utilisateur quitte l'urgence, à ENDROIT on indiquerait URGENCE. Il est alors important de spécifier de quel lieu on parle. En général, c'est l'endroit où l'incident/accident a été découvert qui est indiqué et le lieu où l'incident/accident a débuté, si différent, est indiqué dans la section 2F DESCRIPTION DES FAITS.

Le guide indique que l'unité ou le département doit correspondre à *la description générale reconnue par l'établissement*. Nous avons remarqué, en discutant avec différents établissements, que la structure de fonctionnement (organigramme) est particulière pour chaque établissement, certains fonctionnant avec des programmes, d'autres avec des services,...

- Dans le but d'établir une base de données provinciale, il sera nécessaire de réfléchir à la standardisation de cette information.

Nous avons constaté dans l'utilisation du formulaire AH-223 que les répondants complètent cette section de deux façons: soit un lieu est coché dans la section à choix de réponse, soit c'est AUTRE qui est coché et parfois même si l'option est offerte plus haut. Par exemple, si l'incident/accident a eu lieu dans le salon, les répondants vont cocher AUTRE et écrire SALON, alors que salon peut être considéré comme une salle commune. Les répondants semblent hésiter à cocher une option dont la terminologie n'est pas exactement celle utilisée dans l'établissement. De plus, nous avons remarqué que le numéro du local, le département ou l'unité sont rarement précisés. Par exemple, dans le cas d'une chute, on coche CORRIDOR dans la section 1 mais rien n'est inscrit pour l'unité/département. Complétée de cette façon, la section 1 ne permet pas de savoir où a eu lieu l'incident/accident dans l'établissement.

Regardons la pertinence de chacune des options proposées actuellement dans cette section sur le formulaire AH-223.

- **Accueil :**

Le nombre d'incidents et accidents qui surviennent à cet endroit semble faible. Dans l'échantillon que nous avons étudié, cette option n'a été cochée qu'une seule fois. Nous pensons qu'une grande proportion des incidents/accidents à survenir à l'accueil sont reliés à l'entretien. Par exemple, un visiteur fait une chute à cause de la neige fondante dans l'entrée (accueil) de l'hôpital.

Le terme ACCUEIL peut aussi être utilisé pour définir le poste d'accueil de chaque unité (l'endroit où travaille la réceptionniste, où se remplissent beaucoup des ordonnances).

➤ Nous suggérons que cette option soit mise avec celle du corridor.

▪ **Ascenseur :**

Le nombre d'incidents et accidents qui surviennent à cet endroit semble faible. Les incidents et accidents peuvent être reliés aux soins lors des transferts de patients mais nous croyons que la fréquence ne justifie pas la place. Dans les rapports étudiés, les incidents ou accidents reliés à l'ASCENSEUR concernaient surtout le fonctionnement.

▪ **Chambre :**

Presque tous les types d'incident/accident peuvent survenir dans la CHAMBRE. Cette option est importante étant donné la fréquence des accidents qui y surviennent.

Exemples d'incident/accident ayant eu lieu dans une CHAMBRE :

- 1) L'utilisateur refuse qu'on lui fasse une prise de sang (SERVICES CLINIQUES/SOINS)
- 2) La médication de l'utilisateur n'est pas administrée par la voie prescrite. (MÉDICATION)
- 3) L'utilisateur fait une chute de son lit (CHUTE)
- 4) L'appareil respiratoire ne fonctionne pas (ÉQUIPEMENT/MATÉRIEL)
- 5) L'utilisateur se blesse volontairement (Divers)

▪ **Corridor :**

Le nombre d'incidents et accidents à survenir à cet endroit semble faible. Les services cliniques ou soins sont rarement faits dans les corridors. Nous croyons que la majorité

des événements survenus dans les corridors sont reliés à des chutes. Cette option pourrait être jumelée avec celle de l'accueil.

▪ **Cour :**

Le nombre d'incidents et accidents qui surviennent à cet endroit semble faible. Nous pensons que les événements survenant dans la cour sont reliés aux chutes, aux agressions et aux tentatives de suicide. Nous suggérons que cette option soit mise avec celle du stationnement.

▪ **Escaliers :**

Le nombre d'incidents et accidents qui surviennent à cet endroit semble faible. Nous pensons que la majorité des événements survenants dans les escaliers sont reliés aux chutes.

▪ **Laboratoires :**

Cette option doit être mise. Il s'agit actuellement du seul lieu en périphérie de l'utilisateur inclus dans le formulaire AH-223. D'autres options du même genre devraient être ajoutées. La perte d'un échantillon au laboratoire va obliger à recommencer le prélèvement par exemple, et peut entraîner des retards dans le traitement.

▪ **Local/Sport :**

Très peu d'établissements ont un local de sports. Tout incident ou accident à y survenir pourrait être mis dans AUTRE.

▪ **Stationnement :**

Le nombre d'incidents et accidents qui surviennent à cet endroit semble faible. Cette option pourrait être mise avec la cour.

▪ **Terrain :**

Le nombre d'incidents et accidents qui surviennent à cet endroit semble faible. Cette option pourrait être mise avec la cour et le stationnement.

▪ **Salle à manger :**

Cette option est pertinente pour les centres de soin longue durée ou de réadaptation où les usagers vont manger à l'extérieur de leur chambre. Les événements qui s'y déroulent sont, par exemple, des étouffements, des brûlures, des chutes et des réactions allergiques.

▪ **Salle collective :**

Cette option est pertinente dans les centres de soins de longue durée et de réadaptation, et aussi dans certaines unités de soins où l'on a des salles de télévision ou de jeux. Nous pouvons encore une fois nous questionner sur la fréquence et le type d'événement, principalement des chutes, et agressions.

▪ **Salle de bain/toilette :**

Cette option est pertinente. De nombreux événements y surviennent, principalement des chutes.

▪ **Salle de réveil :**

Cette option est pertinente. Le type d'événement survenant en salle de réveil est varié, allant des soins au matériel.

▪ **Salle de thérapie :**

Cette option est pertinente dans les établissements qui font de la réadaptation. Cependant nous n'avons répertorié aucun incident ou accident se déroulant en salle de thérapie dans notre échantillon. Certaines personnes à qui nous avons parlé questionnaient le terme SALLE DE THÉRAPIE.

▪ **Salle d'examen :**

Cette option est pertinente, mais peut-être trop générale car elle est rarement utilisée.

▪ **Salle de cours/atelier :**

Le nombre d'incidents ou accidents à survenir dans une salle de cours ou d'atelier est faible. Cette option semble viser plus les événements reliés au personnel.

Compte tenu de l'ensemble de nos observations, nous pouvons faire quelques remarques et suggestions :

- Étant donné la place limitée sur le formulaire, nous croyons que certaines des options devraient être enlevées puisqu'elles sont rarement utilisées ou elles peuvent être jumelées. Nous croyons que seuls les endroits donnant une information pertinente sur l'incident ou l'accident devraient rester. Les options ne concernant que les visiteurs et les employés devraient être limitées. Elles peuvent toujours entrer dans AUTRE.

- Les services en périphérie devraient être rajoutés explicitement sur le formulaire. Dans tous les cas, ils peuvent être spécifiés dans AUTRE. Toutefois, En plus du laboratoire, on devrait pouvoir identifier la pharmacie, la radiologie, les services techniques, la banque de sang et les archives. Ces services sont souvent très importants dans la gestion des risques. Nous avons déjà donné plusieurs exemples concernant la pharmacie, voici des exemples d'incident et d'accident à survenir en périphérie de l'usage.

RADIOLOGIE : En radiologie, les incidents/accidents peuvent être en lien direct ou non avec l'utilisateur. Par exemple, la perte de film se situe en périphérie du patient mais constitue un accident car elle a comme conséquence de refaire les radiographies à l'utilisateur et cela peut aussi entraîner des retards dans les traitements. Un exemple d'accident en lien direct avec l'utilisateur à la radiologie : le patient tombe lors de son transfert de la chaise roulante à la plate-forme de radiographie.

SERVICES TECHNIQUES : ils peuvent inclure la cuisine, par exemple: un plateau incluant des aliments auxquels il est allergique est acheminé à un usager.

STERILISATION : un plateau non stérilisé est envoyé aux unités peut aussi avoir de grave conséquences.

Section 1 modifiée du AH-223

1. ENDROIT		
Unité / Service : _____		# du local : ____
Salles :		
commune <input type="checkbox"/>	d'isolement <input type="checkbox"/>	d'opération <input type="checkbox"/>
de bain /toilette <input type="checkbox"/>	d'examen <input type="checkbox"/>	de réveil <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Chambre	<input type="checkbox"/> Accueil/Corridor	<input type="checkbox"/> Terrain (Stationnement)
<input type="checkbox"/> Laboratoire	<input type="checkbox"/> Services techniques	<input type="checkbox"/> Archives
<input type="checkbox"/> Pharmacie	<input type="checkbox"/> Banque de sang	<input type="checkbox"/> Autre :

4.2.4 Section 2 : Objet

2-A Services cliniques/soins

Lorsque l'événement a trait à une difficulté ou un incident relié à l'activité clinique (diagnostic, thérapie, soins, exception faite de la médication et des chutes qui sont décrites en B et C).

Section 2.A du rapport AH-223

A. Services cliniques/Soins	
Complications <input type="checkbox"/>	Fugue <input type="checkbox"/>
Consentement <input type="checkbox"/>	Identification <input type="checkbox"/>
Décompte <input type="checkbox"/>	Refus de traitement <input type="checkbox"/>
(compresses/instruments)	Report/retard <input type="checkbox"/>
Autre :..... <input type="checkbox"/>	

- **Complications**

Toutes complications lors d'un traitement, chirurgie ou maladie, qui, selon la pratique médicale ou de soins usuels, ne sont pas prévisibles.

- **Consentement :**

Consentement non obtenu, incomplet ou retard dû à un problème lié au consentement, ou personne prétendant ne pas avoir consenti à un acte.

Il existe un formulaire de consentement, le AH-110 qui doit être complété pour le consentement général (à remplir à l'admission), consentement à une intervention chirurgicale, consentement à une intervention chirurgicale stérilisante, consentement à l'anesthésie, consentement à des examens ou traitements particuliers, refus de subir un examen ou traitement particulier, et le départ sans congé. Le AH-223 est complété en parallèle avec ce formulaire lorsqu'un événement est relié au consentement.

- **Décompte :**

Difficultés rencontrées lors du décompte d'instruments (accessoires) au cours d'une chirurgie ou traitement.

Dans plusieurs établissements, toute difficulté rencontrée lors du décompte, même si l'utilisateur ne semble pas ou n'est pas touché, déclenche une enquête approfondie car il y a obligation de résultat.

- **Fugue :**

Cas de fugue d'un bénéficiaire.

- **Identification :**

La personne traitée n'est pas la bonne ou n'est pas traitée selon ce qui s'applique à sa condition.

➤ Nous pensons qu'il serait intéressant d'inclure les problèmes d'identification des requêtes et spécimens à cet endroit du rapport car il s'agit de trois événements différents.

▪ **Refus de traitement :**

La personne refuse d'être soignée ou examinée.

S'applique également au bénéficiaire qui refuse de signer un refus de traitement.

Pour de nombreuses personnes à qui nous avons parlé la différence entre CONSENTEMENT et REFUS DE TRAITEMENT n'était pas claire et ils ne savent pas vraiment quand utiliser l'un ou l'autre.

▪ **Report/retard :**

Sans raison connue, et si un risque quelconque de dommage ou de réclamation existe, le report de traitement, d'une chirurgie ou d'un diagnostic devrait faire l'objet d'un rapport.

Des gestionnaires nous ont mentionné leur scepticisme face à cet objet puisqu'il est parfois utilisé comme moyen de pression par certaines profession. En effet, dans des domaines où les listes d'attente sont longues, où les appareils médicaux semblent désuets aux professionnels, le rapport d'incident/accident est utilisé comme moyen de pression.

▪ **Autre :**

Tout autre événement relié aux soins, traitements et activités diagnostics.

Plusieurs questions ont été soulevées à propos des infections nosocomiales et autres infections. Actuellement, la gestion des infections est faite à part par un comité ou une équipe de prévention des infections. Il est pertinent de reporter par le processus habituel une infection si celle-ci est due à un accident.

Section 2.A modifiée du rapport AH-223

A. SERVICES CLINIQUES/SOINS	
<input type="checkbox"/>	identification : <input type="checkbox"/> usager <input type="checkbox"/> requête <input type="checkbox"/> spécimen
<input type="checkbox"/>	Décompte (compresses, instruments)
<input type="checkbox"/>	Refus de traitement/consentement
<input type="checkbox"/>	Report/Retard (traitement, chirurgie, prélèvement, etc.)
<input type="checkbox"/>	Complication
<input type="checkbox"/>	Autre _____

2-B Médication

Lorsque l'événement a trait à la préparation ou à l'administration d'un médicament ou d'une alimentation forcée.

Section 2.B du rapport AH-223

B. Médication	
Heure d'administration	<input type="checkbox"/>
Identification de l'utilisateur	<input type="checkbox"/>
Médicament	<input type="checkbox"/>
Posologie	<input type="checkbox"/>
Voix d'administration	<input type="checkbox"/>
Autre :	<input type="checkbox"/>
Identification du médicament :	

Les incidents/accidents liés à la médication semblent très fréquents. Ils ont fait l'objet de nombreuses études. Plusieurs organismes et instituts travaillent à développer des outils pour diminuer les risques d'erreurs de médication. Des travaux ont été publiés concernant les rapports d'incidents/accidents spécifiques pour la médication. Nous les présenterons par la suite comme base de réflexions pour d'éventuelles modifications de cette section. Dans le rapport AH-223, les options relatives à la médication sont les suivantes :

▪ **Heure d'administration :**

Constat d'un retard ou d'une incongruité quand au moment où la médication est administrée. Cette case doit être utilisée également lorsqu'il y a omission de la médication.

Dans la pratique, il n'est pas clair quand cet objet doit être coché, et il est rarement utilisé.

- La consigne doit être la même pour tous les établissements, à partir de quand considère-t-on que l'heure d'administration d'un médicament n'a pas été respectée?

▪ **Identification du bénéficiaire :**

Le médicament est servi à un bénéficiaire qui n'est pas le destinataire prévu.

▪ **Médicament :**

Le médicament en lui-même est incorrect (par exemple : contamination d'un liquide); l'étiquetage ou l'enregistrement à la fiche est incorrect; il y a inconstance entre l'ordonnance et le médicament à administrer.

Nous avons vu de nombreux de formulaires où la case MÉDICAMENT est cochée inutilement. Il semble que les utilisateurs du AH-223 confondent le cas où il s'agit d'un problème relié à la médication et le cas où cela est un problème spécifique au médicament.

- Pour corriger ce problème, nous suggérons de spécifier lorsque la case médicament est cochée si le problème est l'administration d'un médicament non prescrit ou si le médicament est périmé ou contaminé.

▪ **Posologie incorrecte :**

La dose servie est incorrecte.

- **Voix d'administration :**

Erreur sur la voie d'administration.

- **Autre :**

Autre problème non défini par les cases précédentes.

REMARQUES sur la section 2B :

- La question de la pertinence d'ajouter une option sur les allergies et les interactions entre médicaments a été soulevée par nos interlocuteurs. Il semble que ce genre d'incident/accident n'est pas rare. Par exemple, deux médecins de spécialité différente prescrivent, sans le savoir, des médicaments contre-indiqués.
- De plus, les problèmes d'infiltration de soluté semblent assez fréquents pour que certains établissements mettent cette option dans leur formulaire modifié.
- Nous pensons qu'il serait intéressant d'inclure dans le rapport des informations sur l'identification du médicament en cause, comme on le fait pour le matériel. En effet, on a vu des cas où les noms assez semblables de deux médicaments entraînent des erreurs.
- Nous pouvons ici faire d'autres remarques sur le report des incidents/accidents liés à la médication à partir de l'étude d'autres systèmes de collectes ou de mesures prises dans les établissements. Il existe un grand nombre d'outils développés spécialement pour la pharmacie. Nous avons pu étudier certains programmes de report d'erreurs de médication. Il est à noter que le terme *erreur* est utilisé dans ces programmes.

- Le *Food and Drug Administration (FDA)* a un programme appelé *Medwatch*, qui publie régulièrement des recherches dans le domaine pharmaceutique concernant les

médicaments et tout appareil médical. Par exemple, en 2001 Medwatch a publié une taxonomie des événements devant faire l'objet d'un rapport reliés aux appareils médicaux⁶. L'*Institute for Safe Medication Practices*, en collaboration avec Medwatch a créé un formulaire de report des erreurs de médication (voir annexe).

Une erreur de médication peut survenir à n'importe quel moment au cours d'un traitement pharmaceutique, lors de la prescription, de la transcription, de la préparation, de la distribution, de l'administration et du suivi. L'objectif du *Medication Errors reporting Program* est de créer un environnement plus sécuritaire pour les usagers en favorisant un partage de l'information à travers le programme national *USP Medication Errors Reporting* (MER). Ce programme vise à aider les acteurs du milieu de la santé à comprendre pourquoi les erreurs sont survenues et comment les prévenir. Les rapports d'erreur de médication peuvent être soumis par téléphone, par fax ou par le courrier. Tous les rapports sont par la suite envoyés à la Food and Drug Administration, au manufacturer /labeler si nécessaire, USP Divisions of Standards and Information development. Il est possible pour la personne qui a complété le rapport de rester anonyme lors de la transmission des informations aux divers organismes.

- Nous avons étudié aussi l'outil offert par *BRIDGE Medication Error Prevention Program*⁷. Cet outil a la forme d'un check liste. Il est à noter que les concepteurs de ce produit le présentent comme étant utile pour un large spectre de possibilités, et permettant d'identifier les secteurs à risques mais il ne permet pas d'identifier les aspects organisationnels en cause dans les erreurs. Le formulaire comporte 7 pages dont 5 à choix de réponse avec des cotes allant de parfaitement d'accord (1) à parfaitement en désaccord (5) avec l'option « incapable d'évaluer » (N/A). Les deux autres pages sont consacrées à des questions ouvertes sur les actions planifiées pour réduire les probabilités de récurrence de l'événement.

⁶ Medwatch Medical Device Reporting Code Instructions , Food and Drug Administration Center for devices and radiological health, 4 avril 2001.

⁷ Medication Error Prevention Program, Checklist for Hospitals, BRIDGE, www.mederrors.com.

- Dans les hôpitaux québécois, certaines pharmacies ont développé des méthodes de gestion et de prévention des incidents/accidents. Dans l'un des hôpitaux visités, un outil informatique est déjà utilisé par les responsables du projet en pharmacie. Cet outil permet de compiler le type d'erreur, par exemple la voie d'administration est incorrecte, un médicament non prescrit a été administré à l'utilisateur, ou encore la forme pharmaceutique du médicament est incorrecte. Le document préparé par l'établissement définit clairement le type d'erreur. L'autre aspect intéressant de cette analyse est que la méthode cherche à identifier la défaillance dans le système (par exemple, inscription incorrecte sur la FADM, étiquetage incorrect, calculs mal faits,...). De plus, on demande d'identifier le moment de l'erreur, soit la validation, le premier service, les reservices, le remplissage. Une définition est donnée pour tous les termes utilisés. De plus, un autre département de pharmacie que nous avons rencontré a produit un guide de pharmacie où, entre autre, les règles d'émission des ordonnances ainsi que les règles de travail sont clairement établies. Ce document est bien fait et la démarche est très positive et permet de standardiser les procédures de travail. Nous avons mis en annexe 4, l'exemple de modification de saisie d'information du AH-223 mis en place par un centre hospitalier pour la section 2.B en particulier.

Section 2.B modifiée du rapport AH-223

B. Médication
<input type="checkbox"/> Heure d'administration
<input type="checkbox"/> Médicament :
<input type="checkbox"/> périmé, contaminé
<input type="checkbox"/> non prescrit
<input type="checkbox"/> Posologie
<input type="checkbox"/> Voix d'administration
<input type="checkbox"/> Débit
<input type="checkbox"/> Autre : _____
Identification du médicament :

2-C Chute

Lorsque l'événement a trait à une chute de personne ou à une chute présumée. Cocher la case appropriée entre chaise, lit civière et en circulant. Cocher trouvé par terre lorsqu'on découvre quelqu'un par terre sans l'avoir vu tomber. Autre (préciser) pour autre type de chute.

Section C du rapport AH-223

C. Chute	
Chaise	<input type="checkbox"/>
Lit	<input type="checkbox"/>
Civière	<input type="checkbox"/>
En circulant	<input type="checkbox"/>
Trouvé par terre	<input type="checkbox"/>
Autre : _____	<input type="checkbox"/>

Il semble que les accidents reliés à des chutes soient très fréquents dans les établissements pour adultes et personnes âgées.

La consigne est de *cocher la case (juste une case) appropriée*. Si l'on trouve l'utilisateur par terre, il ne faut pas présumer d'où il est tombé. Nous avons vu plusieurs exemples où les répondants cochaient à la fois TROUVÉ PAR TERRE et CHAISE. Dans la majorité des cas, l'utilisateur est trouvé par terre. Le AH-223 ne permet pas de cocher l'endroit (chaise, lit, civière) où était l'utilisateur avant sa chute. Cette information se trouve généralement dans la section 2.F DESCRIPTION DES FAITS. Nous pensons qu'il serait intéressant de pouvoir cocher cette information à ce niveau.

2-D Équipement/matériel

Lorsque l'événement est relié à un problème d'équipement ou de matériel (accessoires, fournitures, etc...)

Section 2 D du rapport AH-223

D. Équipement/matériel
Choc électrique <input type="checkbox"/>
Disponibilité <input type="checkbox"/>
Fonctionnement <input type="checkbox"/>
Stérilité <input type="checkbox"/>
Autre _____ <input type="checkbox"/>
Identification et N° d'inventaire, le cas échéant : _____

- **Choc électrique**

Lorsque clairement identifiable, cocher cette case si la personne subit un choc électrique.

Nous n'avons vu aucun cas de choc électrique, et nos discussions avec les personnes en charges des AH-223 dans divers établissements nous laisse croire que ce genre d'incident est rare.

- **Disponibilité**

Cas où l'absence ou le retard encouru pour obtenir un équipement (ou accessoire) a été ou aurait pu être préjudiciable au bénéficiaire.

Cette section laisse la place à une interprétation ou au jugement de la personne. Dans certains cas, le problème de disponibilité est du à une mauvaise allocation et ne doit pas être pris comme un manque. Plusieurs personnes ont mentionné que cette information pourrait être utilisée comme moyen de pression. Nous croyons qu'il est possible de tenir compte de ces facteurs lors de l'interprétation des données.

▪ **Fonctionnement :**

Fonctionnement erratique ou non fonctionnement, pour quelque raison que ce soit, d'un appareil ou accessoire, et qui a ou aurait pu entraîner des dommages aux personnes ou aux biens.

▪ **Stérilité :**

Problème relié à la stérilité, l'asepsie ou la propreté d'accessoires ou d'équipements.

▪ **Autre :**

Tout autre événement relié aux équipements, au matériel et aux services d'utilité publique (par exemple téléphone, plomberie, gaz, ...)

Section 2.D modifiée du rapport AH-223

D. Équipement/matériel	
<input type="checkbox"/>	Fonctionnement
<input type="checkbox"/>	Bris
<input type="checkbox"/>	Stérilité
<input type="checkbox"/>	Autres _____
Identification et N° d'inventaire, le cas échéant : _____	

2-E Divers

Section 2.E du rapport AH-223

E. Divers			
Agression	<input type="checkbox"/>	Incendie	<input type="checkbox"/>
Automutilation	<input type="checkbox"/>	Inondation	<input type="checkbox"/>
Bris de matériels/objets pers.	<input type="checkbox"/>	Tentative de suicide	<input type="checkbox"/>
Disparition de matériel			
Objets pers.	<input type="checkbox"/>	Autre :	<input type="checkbox"/>

Les événements les plus fréquents de cette section sont la disparition de matériel et d'objet personnel. De plus, les rapports ayant pour objet divers sont souvent complétés par le service de la sécurité et peuvent être faits en parallèle avec des rapports de police ou des rapports "maisons".

- **Agression :**

Agression physique (bénéficiaire-bénéficiaire, bénéficiaire-employé, employé-bénéficiaire, bénéficiaire-visiteur, etc.)

- **Automutilation :**

Aucune définition n'est offerte dans le guide. Nous pensons qu'il s'agit de l'utilisateur s'inflige des blessures

- **Bris de matériel/objets personnels :**

matériel de l'établissement ou objets personnels détériorés ou brisés lorsqu'il s'agit de circonstances inattendues.

- **Disparition de matériel/objets personnels :**

Matériel de l'établissement ou objets personnels perdus ou volés.

- **Incendie :**

Événement relié à un feu.

- **Inondation :**

Événement relié à un dégât ou une fuite d'eau

Les événements reliés à des incendies ou à des inondations peuvent toucher de nombreux usagers au même moment.

- **Tentative de suicide :**

L'utilisateur tente de mettre fin à ses jours. La tentative peut être réussie ou non.

- **Autre, préciser:**

Tout autre incident/accident non énuméré plus haut.

- Nous pensons que l'objet FUGUE devrait être mis dans la section DIVERS. Même si cet événement peut être relié aux services cliniques, les personnes complétant le rapport le mettent systématiquement dans divers. De plus, vol et bris pourraient être mis ensemble sans perdre d'information.

Section 2.E modifiée du rapport AH-223

E. Divers
<input type="checkbox"/> Incendie
<input type="checkbox"/> Agression
<input type="checkbox"/> Automutilation
<input type="checkbox"/> Fugue
<input type="checkbox"/> Tentative de suicide
<input type="checkbox"/> Vol / bris matériel
<input type="checkbox"/> Autre : _____

2- F Description des faits

Les faits doivent être décrits dans cette section ouverte sans analyse, jugement et accusation. Il est important de constater que cette consigne est inscrite sur le rapport

Section F du rapport AH-223

F. Description des faits
Pas d'analyse, ni jugement, ni accusation
.....
.....
.....

- Nous pensons que cette section pourrait être une section à part et non une sous-section de la section 2-OBJET. Une section en soi serait pertinente étant donnée l'importance de cette section et du type d'information qui s'y trouve. Cette section est toujours remplie. Souvent l'information qui s'y trouve n'a pas été inscrite plus haut lorsque c'était possible, et/ou il n'y avait pas d'endroit pour le mettre. Les gens semblent penser que s'ils remplissent bien la section F, ils n'ont pas à cocher les autres sections. Cette section permet de mettre le lien entre les informations inscrites sur le formulaire, et de clarifier le déroulement

chronologique des faits. Cette section est nettement la plus importante du rapport actuellement.

4.2.5 Section 3. Situation préalable

Les sections 3A, 3B et 3C sont en générales remplies.

3-A État de la personne

Cocher une ou plusieurs de ces cases pour décrire au mieux l'état d'activité mentale du sujet. Il y a un jugement de valeurs pour certaines cases.

A. État de la personne	
Normal	
Désorienté/confus	
Agité	
Agressif/violent	
Somnolent	
Comateux	
Inconnu	
Autre :	

- Nous pensons qu'il serait peut-être souhaitable d'ajouter l'option SOUS-ANESTHÉSIE.

3-B Capacité de déplacement

B. Capacité de déplacement	
Autonomie totale	
Autonomie partielle	
Dépendance totale	

- **Autonomie totale :**

Le sujet n'a besoin d'aucune aide humaine pour se mouvoir à son gré.

- **Autonomie partielle :**

Le sujet doit faire appel à quelqu'un pour se déplacer.

- **Dépendance totale :**

Le sujet ne peut se déplacer physiquement (par exemple : coma, paralysie, « cloué au lit », ...)

Cette section donne peu de nouveaux renseignements étant donné que les informations peuvent être en partie déduites dans le 3.A.

3-C Surveillance requise

C. Surveillance requise
Usuelle <input type="checkbox"/>
Étroite <input type="checkbox"/>
Continue <input type="checkbox"/>

- **Usuelle :**

Cocher lorsque la surveillance de base habituelle est en vigueur (dans une unité de soins ou ailleurs)

- **Étroite :**

Cocher lorsqu'une attention particulière est requise pour la surveillance du sujet ou du lieu du lieu.

- **Continue :**

Cocher lorsque la surveillance requise est de telle nature qu'une personne responsable est prête à intervenir immédiatement en cas d'incident.

Une interrogation a été soulevée concernant cette section. La surveillance requise varie grandement selon l'unité où l'on se trouve. La surveillance aux soins intensifs est nécessairement plus étroite qu'ailleurs. Pour détourner ce problème cette

information pourrait être croisée avec celle de l'unité. La surveillance requise peut donner une indication de l'état général de l'utilisateur ou du moins de l'évaluation

3-D Considérations cliniques

Cette section permet de préciser un ou des facteurs possiblement contributifs à l'incident ou à l'accident survenu ou qui aurait pu survenir.

D. Considérations cliniques	
Médication (prémédication, etc.)	<input type="checkbox"/>
Préciser :	
Altérations physiologiques (drainage, trachéo)	<input type="checkbox"/>
Préciser :	
Autre :	<input type="checkbox"/>

Il est assez rare que des informations soient notées dans cette section. À moins qu'il ne s'agisse d'une cause ou que cela soit en lien direct avec l'événement les gens ne remplissent pas cette section. Ils ne complètent que les sections qu'ils jugent pertinentes

3-E Environnement

Cette section permet de préciser des éléments de l'environnement physique qui ont pu avoir une influence sur l'occurrence de l'incident/accident décrit.

E. Environnement	
Plancher/rampe, etc...	<input type="checkbox"/>
Contention, type :	<input type="checkbox"/>
Autre (particularité) : <input type="checkbox"/>

Comme la section précédente, elle n'est informée que dans les cas où l'environnement physique a joué un rôle direct sur l'incident/accident, sinon cette section est laissée vide.

3-F Lit

Description de la configuration du lit au moment de l'événement.

F. Lit			
Position élevée	<input type="checkbox"/>	Position baissée	<input type="checkbox"/>
Freins enclenchés	<input type="checkbox"/>	Freins non-enclenchés	<input type="checkbox"/>
Ridelles levées :	gauche <input type="checkbox"/>	droite <input type="checkbox"/>	

Cette section est en général non renseignée à l'exception des événements reliés à une chute impliquant le lit ou la civière. Il va de soi que dans la majorité des événements les informations relatives au lit semblent non pertinentes.

4.2.6 Section 4. Mesures prises

4. MESURES PRISES

A. Description brève des gestes posés

B. Personnes avisées			
nom	titre	Heure	Visite faite <input type="checkbox"/>

4-A Description des gestes posés :

Immédiatement après l'événement (ou lors de sa découverte), quels gestes ont été posés pour : a) venir en aide à la victime ; b) contrôler la situation ; c) prévenir une aggravation de la situation. On utilisera cet espace que pour la description succincte de l'intervention réalisée. S'il y a des mesures à prendre, on pourra se servir de la section 9 de la formule.

Actuellement cette section est ouverte. Il y a quelques lignes pour permettre à la personne qui remplit le rapport de décrire les gestes posés. Les mesures prises les plus fréquemment notées dans les rapports sont :

- administration d'analgésique
- administration d'un autre médicament
- appel d'une personne (médecin, spécialiste, entretien, sécurité, etc...)
- contention
- désinfection
- glace
- pansement
- points de sutures
- radiologie
- signes vitaux ou neurologiques
- nouvel échantillon
- transfert aux soins intensifs

Comme nous l'avons mentionné précédemment, dans la pratique actuelle on indique les gestes posés pour venir en aide à la victime et contrôler la situation, mais les gestes posés pour prévenir un événement à risque sont rarement décrits⁸. Ces informations se trouvent parfois dans la section 9. Pourtant ces gestes là sont aussi importants car ils ont permis que le risque ne se réalise pas et que le patient ne soit pas touché.

- Il serait intéressant de mettre une liste d'options à cocher afin de susciter des réponses dans cette section mais aussi cela pourrait permettre de définir la gravité d'un accident selon les gestes posés.

Voici un exemple de liste de gestes posés sur le patient qui pourrait être proposée :

⁸ Par exemple, une infirmière a donné le mauvais médicament parce que les deux bouteilles se ressemblent et sont l'une à côté de l'autre... Elle prend comme mesures de changer les bouteilles de place ou de mettre une étiquette plus grosse sur l'une.

Aucun geste requis :	Il s'agit d'un accident mais aucun geste n'est nécessaire. Par exemple dans le cas où une dose supplémentaire d'antibiotique est administrée, aucun geste n'est requis.
Surveillance augmentée :	On augmente la surveillance de l'utilisateur, par exemple au lieu de venir le voir au demi-heure on vient aux 10 minutes.
Changement matériel :	on doit changer le matériel comme la pompe à médicament
Test diagnostic :	on doit faire des tests pour évaluer l'impact de l'accident, par exemple une prise de sang
Changement médication :	on doit modifier les traitements en cours de l'utilisateur.
Administration d'un antidote ou d'un médicament temporaire, pour stabiliser la situation	
Chirurgie :	on doit opérer ou réopérer pour corriger une situation due à l'accident
Réanimation :	des manœuvres de réanimation doivent être effectuées sur l'utilisateur suite à l'accident
Transfert autre département :	Suite à l'accident l'utilisateur doit être transféré dans un autre département ou unité. Par exemple, un patient en soins longue durée peut devoir être transféré en réadaptation suite à une chute entraînant une fracture de la hanche.
Transfert autre établissement :	Certains établissements ne sont pas équipés pour traiter certaines conditions et un utilisateur peut devoir être transféré suite à un accident.

- Dans le cas où cela n'a pas atteint l'utilisateur, il serait intéressant de pouvoir identifier les gestes qui ont été posés au moment de la détection du problème pour prévenir la situation à risque.

B- Personnes avisées

Nom : nom de la ou les personnes demandées

Titre : exemple gardien de sécurité, chef de département, ...

Heure : Heure de l'avis

Visite faite : cocher lorsque la personne demandée se présente sur le site de l'événement.

4.2.7 Section 5. Diagnostic consécutif

Selon les procédures établies localement, et si un accident ou incident met en cause une personne, le médecin appelé sur les lieux inscrira un premier diagnostic ou constat dans cette partie du rapport. Pour d'autres organisations, l'infirmière y inscrira un constat.

5. DIAGNOSTIC CONSECUTIF (versé au dossier par le médecin)

Certains organismes ou établissements, comme les centres de soins longue durée, ont très peu de médecins. Un médecin n'est pas nécessairement présent lors de l'incident/accident, alors cette section n'est pas complétée. De plus, il n'est pas toujours possible de poser un diagnostic au moment où le rapport est rédigé. Le médecin a aussi la possibilité de porter le diagnostic consécutif directement au dossier de l'utilisateur, sans le transcrire sur le rapport. Nous pouvons conclure que peu d'informations se trouvent dans cette section. Voici quelques exemples : pas de conséquence, ecchymose, fracture, blessure, contusion, œdème, intoxication, décès, ... Dans certains cas, l'utilisateur est « envoyé à l'urgence » et rien de plus n'est spécifié. Parfois on a seulement une signature datée comme pour montrer qu'il a été fait un diagnostic mais qu'il a été versé au dossier de l'utilisateur (la date est souvent le même jour ou le jour d'après).

4.2.8 Section 6. Témoins identifiés

Actuellement, on doit répondre oui ou non.

6. TÉMOINS IDENTIFIÉS
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

4.2.9 Section 7. Plainte Prévisible

Lorsque l'événement rapporté entraîne également une menace de poursuite, par le sujet ou un membre de son entourage, on coche "oui".

Cette information nous semble moins importante dans le contexte de la nouvelle loi. Nous avons constaté que la consigne dans l'un des établissements était de remplir un rapport lorsqu'il y avait un risque de poursuite.

7. PLAINTÉ PRÉVISIBLE

Oui Non

4.2.10 Section 8. Signataire du rapport

8. SIGNATAIRE DU RAPPORT

Nom :	Titre :	Direction :
Signature :	Poste tel.	
Date du rapport :		

Nom : Nom de la personne qui complète le rapport.

Titre : titre de la personne qui complète le rapport

Direction : Direction pour lequel le signataire œuvre.

Signature : Signature de la personne qui complète le rapport.

Poste téléphonique :

Date du rapport : Date du jour où le rapport est complété.

Ne pas confondre avec la date de l'événement.

Il est à noter que parfois la rédaction du rapport peut s'étendre sur plusieurs jours. De plus, dans plusieurs établissements la consigne veut que le rapport soit signé par un médecin et le délai entre la rédaction et la signature du rapport peut être significatif. Cette section est nécessaire car nous devons savoir qui rapporte l'accident. Nous devons avoir son nom, sa fonction et ses coordonnées pour pouvoir la joindre. Nous avons constaté que cette section est généralement bien complétée.

4.2.11 Section 9. Avis ou recommandations

Espace pour écrire peut-être complété par une feuille blanche annexée à la copie 1 ou 2 du rapport.

9. AVIS OU RECOMMANDATIONS

Identifier les mesures à prendre susceptibles de corriger la situation. Cette partie doit être remplie par la personne qui a complété le rapport ou celle qui en assure le suivi.

Sur les copies 1 et 2 du rapport, soit avant de remettre les copies aux destinataires, soit en cours de suivi à l'intérieur de la direction, le signataire ou une personne qui prend charge du suivi, peut inscrire à la section 9 la description factuelles des mesures recommandées pour prévenir ou contrôler ce type d'événement. On pourra y souligner au moyen d'un avis les causes probables de l'événement rapporté. Le gestionnaire de risque de l'établissement devrait déterminer les limites d'utilisation du formulaire AH-223 pour l'analyse des causes.

Ces sections ne sont pas mises dans le dossier de l'usager, et il n'y a pas accès. Il faut se demander dans quel délai cette section est remplie par rapport au reste du rapport d'accident et nous devons aussi nous interroger sur le suivi et l'attention qui est accordée aux rapports d'incident/accident qui ne sont pas transmis au gestionnaire de risque et qui ne font pas l'objet d'une analyse approfondie.

Nous avons remarqué que la qualité des réponses de la section 9 dépend du type d'incident ou d'accident. Par exemple, pour l'objet AGRESSION, la partie AVIS OU RECOMMANDATIONS est dans la majorité des cas bien remplie. Cette catégorie touchant plus directement le personnel cela pourrait justifier la prise de position pour modifier la situation.

Dans la section 9 AVIS OU RECOMMANDATIONS, on a souvent comme commentaire « situation imprévisible » comme pour justifier qu'aucune mesure ne permettrait de corriger la situation. Les commentaires de cette section sont : « discussion avec l'équipe » ou « le sujet sera mis à l'ordre du jour lors de la réunion du service. Des recommandations suivront cette réunion ».

➤ Nous pensons que cette section devrait être utilisée pour capturer des informations relatives aux causes et aux facteurs de contexte de l'incident/accident. Ces informations pourraient être utilisées dans tous les cas sans qu'une enquête approfondie soit nécessaire. Par exemple, le contexte relatif à l'unité de soins au moment de l'incident/accident est une information relativement objective qui ne nécessite pas d'analyse et qui peut s'avérer un bon indicateur de situation augmentant la probabilité que le risque se réalise. Ces facteurs ne sont pas des causes directes de l'incident/accident mais peuvent être identifiés comme facteurs contributifs à la réalisation de l'événement. Nous suggérons de mettre comme choix de réponse :

- ACTIVITÉ NORMALE : il n'y a rien de spécial au niveau du contexte du personnel;
- HEURE DE REPAS : à l'heure des repas la structure du personnel est modifiée et peut-être que cela a un impact sur le risque d'incident/accident;
- STRUCTURE DE PERSONNEL (absences non comblés, remplacement inadéquat) : Pour fonctionner « normalement » une unité a besoin d'un nombre donné d'infirmières, d'infirmières auxiliaires, etc.... Cette option serait cochée si la structure est inhabituelle. Par exemple, une infirmière malade est remplacée par une infirmière auxiliaire. Le partage des tâches sera différent. Il est un peu difficile de définir le terme normal surtout dans un contexte de pénurie de personnel mais nous croyons que d'identifier ce facteur serait important;
- AUTRE USAGER NÉCESSITANT BEAUCOUP DE SOINS : Si la tâche des personnes présentes est alourdie par l'arrivée d'un usager dans un état grave ou la détérioration de l'état d'un usager déjà dans l'unité;
- AUTRE : Toute autre situation particulière relative au contexte de travail de l'équipe devrait être indiquée dans AUTRE. Par exemple, si l'incident est survenu lors d'une panne d'électricité.

- Nous pensons qu'il serait important de mettre en relation les divers services et unités impliqués dans un incident/accident. Il semble que les événements impliquant plus d'un service ne sont pas rares. Actuellement, lorsqu'un autre service est impliqué, par exemple si une infirmière administre la mauvaise dose d'un médicament parce que l'étiquetage est erroné, elle l'indiquera dans la section 2-F DESCRIPTION DES FAITS. Il n'y a pas d'endroit spécifique dans le rapport pour indiquer si un autre service est impliqué et en quoi consiste le problème.

- L'identification de la source de l'événement sur le rapport, puisque le service ou unité identifié(e) dans la section 1 est celui où l'incident/accident a été découvert mais pas nécessairement où l'erreur a eu lieu, faciliterait le suivi. Par exemple, on peut recenser de nombreux événements reliés à la médication dans diverses unités, alors que la source du problème est à la pharmacie. En plus de spécifier le service ou l'unité à l'origine du problème, nous pensons qu'il serait possible et pertinent de donner des détails sur l'organisation par exemple un problème de communication entre deux services, où d'une ordonnance illisible, des délais pour obtenir des résultats, etc. (si cela est connu au moment de la rédaction du rapport).

- Troisièmement, nous pensons que des informations sur l'impact direct de l'incident/accident sur les soins à l'utilisateur pourraient être mises. Nous suggérons : AUCUN, INCONNU, ADMISSION IMPRÉVUE/RÉADMISSION, PROLONGATION DE L'HOSPITALISATION, PLAN DE TRAITEMENT MODIFIÉ, AUTRE.

Cette information nous semble importante au niveau de la gestion des incidents/accidents entre autre comme indicateur de la gravité et aussi de l'impact financier pour l'établissement.

- Et dernièrement, les mesures prises immédiatement pour éviter la répétition de l'incident/accident. Normalement cette information pourrait être mise dans la

section des mesures prises mais en général elle n’y est pas. Par contre d’après la nouvelle loi 113, l’usager doit être informé des mesures mises en place pour éviter la répétition de l’événement.

Section 9 modifiée du rapport AH-223

9. AUTRES INFORMATIONS	
A. Informations complémentaires relatives à l’usager	C. Impacts directs sur les soins à l’usager
Capacité de communication : <input type="checkbox"/> totale <input type="checkbox"/> limitée <input type="checkbox"/> nulle Accompagnement d’un proche : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Raison de la présence à l’hôpital : <input type="checkbox"/> clinique externe <input type="checkbox"/> urgence <input type="checkbox"/> transfert autre établissement <input type="checkbox"/> pré-post OP <input type="checkbox"/> Soins longue durée <input type="checkbox"/> Soins courte durée	<input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/> Admission imprévue / Réadmission <input type="checkbox"/> Prolongation de l’hospitalisation <input type="checkbox"/> Plan de traitement modifié <input type="checkbox"/> Autre : _____
B. Implication d’un (des) autre(s) service(s) dans l’incident/accident	D. Mesures immédiates prises pour éviter la répétition de l’incident / accident
<input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/> Autre(s) services(s) relié(s) à l’accident : _____ <input type="checkbox"/> Communication (dossier, ordonnance illisible, ...) <input type="checkbox"/> Délai (résultats, ...) : _____ <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> Aucune Description des mesures prises : <input type="checkbox"/> Suivi :

4.2.12 Autres ajouts possibles

- **Informations sur la divulgation à l’usager**

Dans le cadre de la nouvelle loi, les établissements devront définir les procédures relatives à la divulgation de l’événement à l’usager. Une section pour la signature de l’usager lorsqu’on lui donne l’information nécessaire concernant l’accident dont il a été victime pourrait être ajoutée.

- **Informations sur l’usager**

Certaines informations sur l’usager nous semblent importantes et devraient selon nous se retrouver sur le rapport d’incident/accident, par exemple les capacités de communication de l’usager et le fait qu’il soit accompagner ou non d’un proche.

Nombreux établissements ont une clientèle multiethnique et les problèmes de communication avec les usagers peuvent avoir un rôle dans les incidents ou accidents.

Par exemple, un patient ne parlant ni anglais ni français qui arrive à l'urgence ne peut donner les informations relatives à sa prémédication augmentant ainsi la probabilité d'un accident relié à la médication. Si l'utilisateur est accompagné d'un proche, les problèmes de communication peuvent être amoindris. C'est la même chose que pour les usagers avec des déficits auditifs.

Le fait d'être accompagné peut jouer dans les deux sens sur la probabilité d'incident/accident ou sur le délai de détection du problème. Le parent peut par exemple prévenir l'infirmière que quelque chose ne va pas bien. Mais nous avons vu des cas où le parent avait un rôle « actif » dans la réalisation du risque, en modifiant par exemple le débit de la perfusion. Le parent pensait vraiment que le soluté coulait trop vite par rapport à ce qu'il aurait dû et ayant vu l'infirmière le régler plusieurs fois, l'a fait à son tour. Sauf que dans ce cas précis, il avait été réglé lorsque le patient n'était pas dans la chambre.

Nous pensons qu'il serait important de savoir si l'utilisateur est externe ou admis. Nous pensons que cette information est pertinente dans le but de caractériser le type d'utilisateur plus à risque. On peut étendre la question à comment l'utilisateur est arrivé à l'hôpital, par ses propres moyens, en ambulance, transfert d'un autre établissement, etc.

- **Les données manquantes**

Lorsqu'une section n'est pas complétée, il est impossible de savoir si c'est parce que la réponse est AUCUNE ou NON PERTINENTE ou parce que la personne a oublié de compléter cette section. Dans certains rapports, les sections non pertinentes sont rayées. Par exemple dans la section 2, s'il s'agit d'une chute, les autres objets sont rayés (comme pour montrer que c'est le seul objet même si ce n'est pas nécessaire). Pour certaines sections comme 3D *considérations cliniques*, 4A *description des gestes posés* et 4B *personnes avisées*, 5 *Diagnostic consécutifs*, le fait de rayer la section donne de l'information.

5. Réflexions complémentaires

Nous allons faire ici quelques remarques complémentaires à notre analyse.

5.1 Le rôle des types de questions : choix de réponses / questions ouvertes

Les choix de réponse permettent une certaine précision des faits. Par contre, le nombre d'options disponibles est limité et AUTRE risque d'être coché souvent. Les questions ouvertes permettent une plus grande latitude dans la description des faits. Mais dans un cas où le but de la démarche est la remonté d'information, il est nécessaire de codifier cette information, donc de transformer les réponses ouvertes en choix de réponses. Idéalement, l'informatisation des formulaires AH-223 permettrait à l'utilisateur de saisir lui-même l'information et les choix pourraient être exhaustifs. Si l'informatisation est faite par une autre personne, il y aura une interprétation qui devra être faite pour les questions ouvertes. Il y a donc un risque de perte d'information.

5.2 Séparation des rapports d'incident et d'accident

Le rapport AH-223 est un rapport de déclaration d'incident et d'accident. Dans certains établissements, une réflexion a été amorcée sur la possibilité de séparer les deux types de rapport. La raison essentielle évoquée était d'inciter le personnel à déclarer tous les « near-misses » en utilisant un document INTERNE qui ne pouvait pas être identifié comme un rapport d'accident. En effet, la culture aujourd'hui est encore très tournée vers les poursuites et l'identification de la responsabilité individuelle. Les intervenants hésitent à déclarer tous les incidents surtout si le risque ne s'est pas réalisé. Mais dans une démarche de gestion des risques, il est important de s'assurer que tous les événements à risque soient déclarés.

La seconde raison évoquée était que le AH-223 ne s'applique pas vraiment à ce type de situation. Même si certains incidents sont reportés sur le AH-223 (la partie concernant le

patient n'étant pas renseignée), le AH-223 actuel est toutefois tourné autour du patient et reste surtout pertinent pour rapporter les situations où le patient a été touché (il est dans ce cas précis versé au dossier du patient). Cette suggestion est pertinente lors des situations où aucun usager n'est impliqué et où peu de sections du rapport actuel sont pertinentes.

Il pourrait avoir un RAPPORT DE DECLARATION D'INCIDENT et un RAPPORT D'ACCIDENT (seul document qui serait versé au dossier du patient). Toutefois, cela rajouterait un formulaire et certains établissements sont contre cette idée de façon assez catégorique.

- Développer une culture de report pourrait être plus facile en commençant pour des événements n'ayant pas eu de conséquences. Le choix de proposer un rapport différent serait pour d'une part, bien montrer la différence avec ce qui est versé au dossier du patient et d'autre part, différencier les questions permettant de comprendre les incidents. Toutefois, le problème de définition incident/accident soulevé précédemment peut être un obstacle majeur.

5.3 L'informatisation du rapport AH 223

Dans le cas où le rapport d'incident/accident serait informatisé les problèmes de limitation des options ne se posent plus. Il est alors possible d'avoir des menus déroulant et un grand nombre de possibilités. Il serait possible de fournir des formulaires adaptés aux établissements. On peut imaginer que des postes se trouveraient dans les unités, au poste des infirmières, par exemple, la personne qui constate un événement indésirable pourrait compléter son rapport selon les mêmes règles (délai, ...) qu'actuellement. De plus, il n'est pas évident que tout le monde soit à l'aise avec l'utilisation de support informatique.

Il est cependant évident que l'informatisation est nécessaire à la création d'une base de données provinciale. L'informatisation pourrait déjà commencer au niveau de la collecte locale et se faire comme cela est fait actuellement mais de façon plus systématique par une tierce personne à partir de la version papier du rapport.

5.4 Le déclenchement d'une analyse approfondie

Le rapport d'incident/accident est fait pour déclarer une situation à risque, que le risque se soit ou non réalisé. Dans certains cas, il sera important de faire une analyse plus approfondie de la situation pour comprendre ce qui s'est passé. Il est évident qu'il ne faut pas faire d'analyse approfondie pour chaque incident ou accident déclaré. Il est donc important d'inclure ou d'identifier dans le rapport d'incident/accident des éléments déclencheurs. Les rapports seraient alors acheminés à la gestion des risques de façon automatique. Les gestes posés pourraient être utilisés à cet effet.

5.5 Etude canadienne en cours sur l'incidence des événements indésirables dans un échantillon d'hôpitaux

Une étude est en cours au Canada qui vise à (1) estimer l'incidence des événements indésirables dans un échantillon d'hôpitaux universitaires, de grands hôpitaux et de petits hôpitaux communautaires de soins de courte durée en Colombie-Britannique, en Alberta, en Ontario, au Québec et en Nouvelle-Écosse; (2) déterminer les conséquences de ces événements indésirables en termes de mortalité et de morbidité, de réadmission et d'impact sur les ressources hospitalières; et (3) permettre de comparer au niveau international les taux d'événements indésirables canadiens. Une équipe d'infirmières et de médecins formés à la révision de dossiers visitera les hôpitaux participants pour effectuer une révision rétrospective de dossiers. Nous avons un accord avec les responsables de l'étude québécoise pour nous permettre d'obtenir des informations spécifiques concernant spécifiquement le rapport AH-223 (notamment si il y a un rapport dans tous les dossiers de patient ou un événement indésirables aura été identifiés).

Conclusion et recommandations

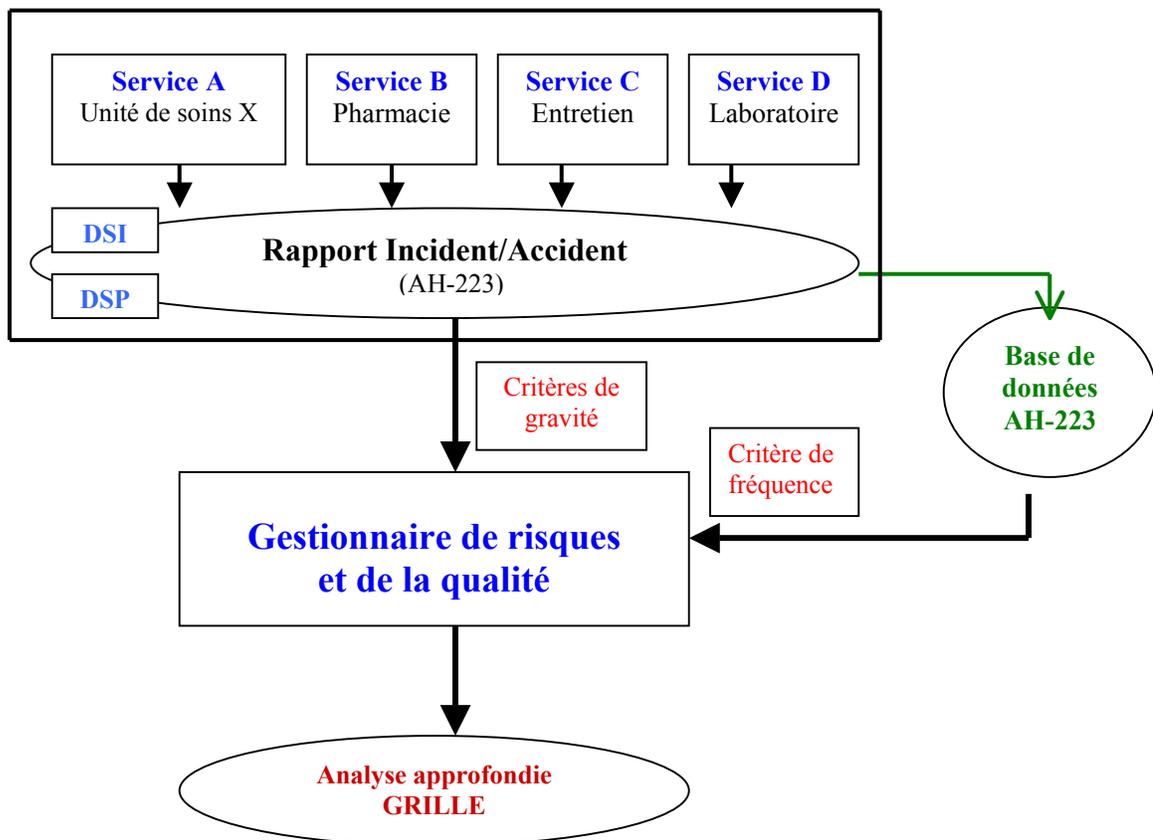
Nous avons décrit dans le présent document la situation actuelle de déclaration dans les centres hospitaliers. Notre analyse est basée sur de nombreuses rencontres et sur l'étude d'un certain nombre de rapports complétés. Le formulaire est le premier document rempli après l'incident ou l'accident. Il rapporte les faits de façon la plus conforme a priori. En effet, comme on l'a dit auparavant, il s'agit d'une photo du dernier maillon d'une chaîne d'événements. Il sera important dans certains cas de faire une analyse approfondie des situations à risque déclarées.

Nous allons faire quelques recommandations qui pourraient aider à la réflexion pour d'éventuelles modifications du processus de déclaration des incidents/accidents et du formulaire utilisé à cet effet. Certaines d'entre elles commencent déjà à être à l'ordre du jour dans certains établissements suite à la loi 113. Le Groupe national d'aide à la gestion des risques et à la qualité devrait :

- 1- Proposer des recommandations pour uniformiser les politiques et procédures de report des accidents/incidents dans les établissements;
- 2- Amorcer une réflexion sur les buts recherchés du rapport d'incident/accident dans le contexte de la loi 113 et réviser le formulaire AH-223 actuel ;
- 3- Donner des recommandations aux établissements pour que le même formulaire de report des incidents et accidents, du moins les sections destinées à la base de données provinciale soit utilisé ;
- 4- Recommander aux établissements de former à l'utilisation du AH-223 ou de tout autre formulaire mis en place;

- 5- Recommander aux établissements de sensibiliser les services qui ne remplissent pas actuellement de rapport d'incident/accident ;
- 6- Recommander aux établissements de faire une campagne de sensibilisation pour la déclaration des incidents et accidents ;
- 7- Proposer des recommandations pour uniformiser la structure de gestion des rapports au sein des établissements.

Le schéma local de déclaration et de déclenchement d'analyse approfondie pourrait être représenté comme suit (l'analyse approfondie fait l'objet d'un autre rapport) :



Graphique 5 : Schéma de report des données et déclenchement d'une l'analyse approfondie

ANNEXES

ANNEXE 1 : RAPPORT D'INCIDENT/ACCIDENT AH-223

ANNEXE 2 : EXEMPLE DE RAPPORT AH-223 INFORMATISÉ

ANNEXE 3 : LE RAPPORT D'INCIDENT/ACCIDENT TRANSFUSIONNEL

**ANNEXE 4 : EXEMPLE DE MODIFICATION DE SAISIE D'INFORMATIONS
SUR LE AH-223 POINT 2-B MEDICATION**

**ANNEXE 5 : CLASSIFICATION DES ERREURS DE MEDICATION DU NCC
MERP**

**ANNEXE 6 : RAPPORTS COMPLETES POUR LES ERREURS DE
MEDICATION AUX ETATS-UNIS**

**ANNEXE 7 : EXEMPLE D'OUTIL INFORMATIQUE UTILISÉ POUR LA
COMPILATION DES RAPPORTS AH-223**

ANNEXE 8 : EXTRAITS DE LA LOI 113

ANNEXE 1 : Rapport d'incident/accident AH-223

- **Rapport d'incident/accident AH-223 : Version française**

- **Rapport d'incident/accident AH-223 : Version anglaise**

Rapport d'incident/accident AH-223 : Version française

Rapport d'incident/accident AH-223 : Version anglaise

ANNEXE 2 : Exemple de rapport d'incident/accident informatisé

Établissement : CHSLD XXX

Carte de l'utilisateur

Sexe : F

Curatelle : non

Date de l'accident : 2002/00/00

12 :12

1. ENDROIT

Endroit

Chambre

PRÉCISION

9-14

2. OBJET

Chute

Lit

Description des faits

L'utilisateur roule en bas du lit

3. SITUATION PRÉALABLE

A. État de la personne	B. Capacité de déplacement
Normal (repose au lit)	Dépendance totale
C. Surveillance requise	D. Considération clinique
Continuelle	
E. Environnement	F. Lit

4. MESURES PRISES

A. Description brève des gestes posés			
B. Personnes avisées			
Nom	Titre	Heure	Visite faite
Mme VVV	Infirmière	18 : 15	X
M. BBB	Infirmière chef	18 : 30	X

ANNEXE 3:

RAPPORT D'INCIDENT ET D'ACCIDENT TRANSFUSIONNEL (RIAT)

Source : Centre Hospitalier Universitaire de Québec, 2002

Dans le cadre de la restructuration du système du sang au Québec il devient obligatoire de déclarer tous les incidents ou accidents susceptibles d'être reliés à la transfusion. Le formulaire utilisé à cette fin remplace celui des réactions transfusionnelles (AH-240) et porte le numéro AH-520. Ce nouveau formulaire regroupe les éléments d'information pour signaler un incidents ou accidents qui survient durant le processus transfusionnel (du prélèvement à la fin de la transfusion du ou des produits) suite à une prescription de produits sanguins..

On doit déclarer les réactions reliées aux produits tels que les globules rouges, les plaquettes, le plasma frais congelé et les produits de fractionnement du plasma comme l'albumine,... ainsi que certains produits de coagulation.

Tout professionnel de la santé peut initier la déclaration d'un incident-accident transfusionnel :

*Médecin

*Inhalothérapeute (ex. s. op.)

*Infirmière

*Technologiste médical(e)

Le formulaire permet de :

- Réagir rapidement en cas d'urgence : prévention d'incidents ou d'accidents transfusionnels pouvant impliquer d'autres usagers ou révélant un risque potentiel général ;
- Fournir aux acteurs de l'hémovigilance un chiffrage précis des accidents et des risques liés à la transfusion sanguine ;
- Identifier les principales causes d'erreur conduisant aux incidents-accidents transfusionnels ;
- Etablir les défaillances des différents processus reliés à l'activité transfusionnelle.
- Déjà, les infirmières, les inhalothérapeutes (salle d'opération) et les techniciennes de la banque de sang du CHUQ, ont reçu la formation relative à ce document.

Le guide d'utilisation du formulaire ainsi que le tableau des prélèvements sanguins requis pour l'investigation des accidents transfusionnels sont disponibles sur les unités de soins.

ANNEXE 4 : Exemple de modification de saisie d'information

FORMULAIRE AH-223 Point 2 B : MÉDICATION

Source : Centre Hospitalier de Verdun – Département de pharmacie

Revue le Pharma-Soins septembre 1999

Depuis 1998, en déclarant une erreur à l'aide du formulaire AH-223, l'infirmière doit inscrire au point 2B (c'est-à-dire, Médication) à la section « Autres », un chiffre de 1 à 15 correspondant au type d'incident impliqué (Tableau I). Par la suite, à la section F (c'est-à-dire, Description des faits), elle doit s'assurer de bien indiquer le médicament en cause (tableau III ci-dessous). Le reste du processus demeure inchangé;

Tableau I : Liste des types d'incidents

MODIFICATION DE SAISIE D'INFORMATION FORMULAIRE AH-223, POINT 2 B : MÉDICATION	
Options d'incident ou d'accident	Explications
Les options du formulaire sont modifiées pour les options suivantes :	SÉLECTIONNER parmi les options énoncées, l'énoncé approprié. Inscrire à cette rubrique dans «autre» que le chiffre approprié.
(1) Prescription incorrecte.	Erreur dans l'ordonnance.
(2) Erreur de transcription manuscrite sur l'unité.	Discordance manuscrite avec l'ordonnance originale.
(3) Erreur de transcription ou de relevé de prescription par la pharmacie.	Discordance informatique avec l'ordonnance originale
(4) Mauvais médicament envoyé par la pharmacie.	La médication servie par la pharmacie est incorrecte.
(5) Identification de l'utilisateur.	Le médicament est servi à un usager qui n'est pas le destinataire prévu.
(6) Mauvaise dose donnée à l'utilisateur.	La dose servie à l'utilisateur par l'unité est incorrecte.
(7) Médicament donné à 2 reprises.	Le médicament a été donné à des heures différentes (double dose).
(8) Mauvais médicament donné à l'utilisateur.	Le médicament donné à l'utilisateur par l'unité n'est pas le bon.
(9) Médicament donné non prescrit.	Le médicament a été donné à l'utilisateur, mais la prescription n'est plus valide.
(10) Voie d'administration.	Erreur sur la voie d'administration.
(11) Heure d'administration.	Constat d'un retard ou d'un devancement quant au moment où la médication est administrée.
(12) Omission de dose.	Dose de médicament non donnée.
(13) Allergie connue / inconnue.	Lorsque à l'administration d'un médicament, l'utilisateur présente une réaction allergique connue et exprimée ou inconnue de sa part.
(14) Nouvelle ordonnance passée inaperçue.	Lorsque la nouvelle ordonnance n'est pas relevée au moment opportun.
(15) Autre : ex. : médicament expiré (date de péremption).	Toute autre situation.

Adaptation du document de Réseau Santé Richelieu Yamaska – St-Hyacinthe

Tableau III : Codification par médicament

MODIFICATION DE SAISIE D'INFORMATION FORMULAIRE AH-223, POINT 2 B : MÉDICATION	
Nom commercial	CODE À INSCRIRE
Ampicilline	8.1
Ancel	8.2
Ativan	28.2
Capoten	24A
Cardizem	24.2
Clindamycine	8.3
Codéine	28.6
Coumadin	20.3
Demerol	28.3
Dilaudid	28.1
Empracet	28A
Éprex	20.1
Flagyl	8.5
Gentamicine	8.4
Héparine	20.2
Insuline	68.2
Kefzol	8.2
Lanoxin	24.1
Lasix	40.1
Morphine (Statex, M-Eslon, etc.)	28.4
Nitroglycérine (Nitro...)	24.3
Prednisone	68.5
Sérox	28.5
Solu-cortef	68.1
Solu-Medrol	68.4
Synthroid	68.3
Autres médicaments	92A
Plusieurs médicaments impliqués	93
Solutés	94
Produits sanguins	95

**ANNEXE 5 : Classification des erreurs de médication du NCC MERP
(National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention)**

Source : NCC MERP News release no.96C04, September 4, 1996.

Type d'erreur	Résultat (conséquence)
Aucune erreur	
Catégorie A	Circonstances ou événements qui auraient pu causer une erreur
Erreur, aucun dommage	
Catégorie B	Une erreur est survenue mais le médicament n'a été administré au patient.
Catégorie C	Une erreur est survenue, le médicament a été administré au patient mais sans dommage
Catégorie D	Une erreur est survenue, le médicament a été administré au patient, nécessitant un traitement ou une intervention et a causé un dommage temporaire au patient.
Erreur, dommage	
Catégorie E	Une erreur est survenue, le médicament a été administré au patient, nécessitant un traitement ou une intervention et a causé un dommage temporaire au patient.
Catégorie F	Une erreur est survenue résultant dans une hospitalisation initiale ou prolongée et a causé un dommage temporaire
Catégorie G	Une erreur est survenue causant un dommage permanent au patient
Catégorie H	Une erreur est survenue entraînant le quasi-décès du patient (ex. : anaphylaxie, arrêt cardiaque...)
Erreur, Mort	
Catégorie I	Une erreur est survenue entraînant la mort du patient

ANNEXE 6 : RAPPORTS COMPLETES POUR LES ERREURS DE MEDICATION AUX ETATS-UNIS

Les formulaires utilisés pour les erreurs de médication dans le cadre du *Medication errors Reporting program* (Etats-Unis) contiennent plusieurs points intéressants pour notre analyse :

- 1- On doit cocher s'il s'agit d'une erreur réalisée ou d'une erreur potentielle.
- 2- On demande de décrire l'erreur, incluant la séquence des événements, le personnel impliqué, et l'environnement de travail. On donne les exemples de situation de code, changement de quart de travail, manque de personnel, pas de pharmacie 24h.
- 3- On demande si le médicament a été administré ou utilisé par le patient;
- 4- La date et l'heure de l'événement;
- 5- Quel genre de personnel a fait l'erreur initiale;
- 6- Si le médicament n'a pas atteint le patient, décrivez l'intervention;
- 7- Qui a découvert l'erreur;
- 8- Ou l'erreur est-elle survenue ? on donne les exemples suivant; hopital, patient externe ou pharmacie externe à l'hôpital, nursing home ou maison du patient;
- 9- Est-ce qu'un autre intervenant est impliqué dans l'erreur, si oui quel type?
- 10- Est-ce que le patient a été vu par un psychologue, avant ou après que l'événement ait été découvert.

Ces formulaires une fois complétés sont envoyés à un bureau central qui n'est pas en lien avec les directions des établissements.

Exemple de rapport

Exemple suite

ANNEXE 7 : Exemple d'outil informatique utilisé pour la compilation des rapports AH-223

Source : <http://www.optimumconseil.com/risque.htm>

Gesrisk est un logiciel de gestion des risques basé sur le rapport d'incident/accident édité par le Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec. Ce logiciel à été mis au point en collaboration avec l'Institut Universitaire de Gériatrie de Montréal. Les principales fonctions de Gesrisk sont : la compilation et l'analyse des rapports d'incidents/accidents. Il est composé de deux modules : le module de saisie des rapports et celui d'édition des statistiques. En plus de ses fonctions de base, Gesrisk permet de suivre en particulier les erreurs de médication et de leur attribuer un indice de gravité.

Liste des établissements l'utilisant :

Centres Hospitaliers

- C.H. de la Sagamie
- Hôtel-Dieu de Roberval
- C.H. des Vallées de l'Outaouais
- C.H. de Granby
- Hôpital Villa Medica
- C.H. de l'Archipel
- Centre Le Jeannois
- C.H. Beauce-EtChemin
- C.H. de Charlevoix
- I.U. de Gériatrie de Montréal
- C.H. Régional du Suroît
- Hôpital Douglas
- C.H. du Suroît

CHSLD

- CHSLD de l'Érable
- CHSLD Ste-Thérèse
- Hôpital St-Julien

CLSC

- C.S. Nicolet-Yamaska
- C.S. de Memphrémagog

Centres de réadaptation

- La Ressource

ANNEXE 8 : EXTRAITS DE LA LOI 113

Projet de loi 113

(2002, Chapitre 71)

LOI MODIFIANT LA LOI SUR LES SERVICES DE SANTE ET LES SERVICES SOCIAUX CONCERNANT LA PRESTATION SECURITAIRE DE SERVICES DE SANTE ET DE SERVICES SOCIAUX

.../...

4. L'article 8 de cette loi est modifié par l'addition, à la fin, des alinéas suivants :

« Il a également le droit d'être informé, le plus tôt possible, de tout accident survenu au cours de la prestation de services qu'il a reçus et susceptible d'entraîner ou ayant entraîné des conséquences sur son état de santé ou son bien-être ainsi que des **mesures prises pour contrer, le cas échéant, de telles conséquences ou pour prévenir la récurrence d'un tel accident.**

Pour l'application du présent article et des articles 183.2, 233.1, 235.1 et 431 et à moins que le contexte ne s'y oppose, on entend par :

« **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.** ».

.../...

9. Cette loi est modifiée par l'insertion, après l'article 183, des suivants :

«**183.1.** Le plan d'organisation de tout établissement doit aussi prévoir la formation **d'un comité de gestion des risques et de la qualité.**

Le nombre de membres de ce comité ainsi que ses règles de fonctionnement sont déterminés par règlement du conseil d'administration de l'établissement. La composition de ce comité doit assurer une représentativité équilibrée des employés de l'établissement, des usagers, des personnes qui exercent leur profession dans un centre exploité par l'établissement de même que, s'il y a lieu, des personnes qui, en vertu d'un contrat de services, dispensent pour le compte de l'établissement des services aux usagers de ce dernier. Le directeur général ou la personne qu'il désigne est membre d'office de ce comité.

« **183.2.** Ce comité a notamment pour fonctions de rechercher, de développer et de promouvoir des moyens visant à :

1° identifier et analyser les risques d'incident ou d'accident en vue d'assurer la sécurité des usagers ;

2° s'assurer qu'un soutien soit apporté à la victime et à ses proches ;

3° assurer la mise en place d'un système de surveillance incluant la constitution d'un registre local des incidents et des accidents pour fins d'analyse des causes des incidents et accidents et recommander au conseil d'administration de l'établissement 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.

Pour les fins d'application du présent article et des articles 233.1, 235.1 et 431 et à moins que le contexte ne s'y oppose, on entend par :

« incident » : une action ou une situation qui n'entraîne pas de conséquence 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.

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

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

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

«183.4. Malgré la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (chapitre A-2.1), les dossiers et les procès-verbaux du comité de gestion des risques et de la qualité sont confidentiels. Nul ne peut prendre connaissance des procès-verbaux du comité de gestion des risques et de la qualité sauf les membres de ce comité, les représentants d'organismes d'accréditation dans l'exercice des fonctions relatives à l'agrément des services de santé et des services sociaux des établissements ou les représentants d'un ordre professionnel dans l'exercice des fonctions qui leur sont attribuées par la loi. ».

10. Cette loi est modifiée par l'insertion, après l'article 233, du suivant :

«233.1. 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'usager. Le directeur général de l'établissement ou, à défaut, la personne qu'il désigne rapporte, sous forme non nominative, à la régie régionale, selon une fréquence convenue ou lorsque celle-ci le requiert, les incidents ou accidents déclarés. »