2004RP-23

Déclaration des incidents et des accidents dans les établissements du réseau de la santé

Propositions de révision du formulaire de déclaration AH-223

Nathalie de Marcellis-Warin

Rapport de projet
Project report

Ce document a été produit dans le cadre du projet de recherche CIRANO « Gestion des risques dans les hôpitaux » financé par le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Montréal
Juin 2004

© 2004 Nathalie de Marcellis-Warin. 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
Centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations

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 du Développement économique et régional et de la Recherche, 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 du Développement économique et régional et de la Recherche, and grants and research mandates obtained by its research teams.

Les organisations-partenaires / The Partner Organizations

PARTENAIRE MAJEUR
. Ministère du Développement économique et régional et de la Recherche [MDERR]

PARTENAIRES
. Alcan inc.
. Axa Canada
. Banque du Canada
. Banque Laurentienne du Canada
. Banque Nationale du Canada
. Banque Royale du Canada
. Bell Canada
. BMO Groupe Financier
. Bombardier
. Bourse de Montréal
. Caisse de dépôt et placement du Québec
. Développement des ressources humaines Canada [DRHC]
. Fédération des caisses Desjardins du Québec
. Gaz Métro
. Groupe financier Norshield
. Hydro-Québec
. Industrie Canada
. Ministère des Finances du Québec
. 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
. Université du Québec à Montréal
. Université Laval
. Université McGill
. Université de Sherbrooke

ASSOCIE A :
. Institut de Finance Mathématique de Montréal (IFM^2)
. Laboratoires universitaires Bell Canada
. Réseau de calcul et de modélisation mathématique [RCM^2]
. Réseau de centres d'excellence MITACS (Les mathématiques des technologies de l'information et des systèmes complexes)

ISSN 1499-8610 (Version imprimée) / ISSN 1499-8629 (Version en ligne)

Déclaration des incidents et des accidents dans les établissements du réseau de la santé

Propositions de révision du formulaire de déclaration AH-223

Nathalie de Marcellis-Warin[*]

Résumé / ***Abstract***

La déclaration des incidents et des accidents survenus lors de la prestation de soins de santé et de services sociaux est devenue obligatoire dans tous les établissements du réseau de la santé du Québec. Les définitions d'accident et d'incident fournies par la loi renseignent du type d'événement à déclarer. Le formulaire de déclaration est la pierre angulaire de ce processus de déclaration. Il équivaut à une photo prise au moment de la détection de l'incident ou de l'accident. Il doit permettre de documenter les événements qui se sont produits et identifier les situations à risque. Il doit permettre de connaître les faits et de fournir certains éléments objectifs pour replacer l'événement dans son contexte. Le Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec (MSSS) et le Groupe national d'aide à la gestion des risques et de la qualité nous ont donné le mandat de faire des propositions de révision du formulaire de déclaration AH-223. Les objectifs de ce mandat étaient d'une part de faire état de la situation actuelle dans les différents établissements de la province et d'autre part, de faire une analyse critique du formulaire AH-223 afin de mettre en évidence les éléments pouvant permettre d'établir un modèle de formulaire de déclaration. Dans la première partie de ce rapport, nous définirons la méthodologie sur laquelle est basée notre analyse. 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 ferons une analyse de la situation actuelle dans les établissements du réseau à partir des réponses à un questionnaire envoyé à l'ensemble des établissements de la province. Dans la quatrième partie, nous détaillerons section par section le formulaire AH-223 actuellement proposé par le MSSS. Nous analyserons le contenu, l'information demandée, son utilisation et nous proposerons un certain nombre de modifications. Dans la cinquième partie, nous ferons des propositions de révision du formulaire à la fois sur la forme (utilisation d'un formulaire informatisé) et sur le contenu (description des champs). Nous finirons par des recommandations regroupées en 3 catégories : le formulaire de déclaration, la constitution du registre local et le contenu du registre provincial.

Mots clés : hôpital, risques, accidents, incident/accident, formulaire de déclaration, déclaration obligatoire

[*] Professeure adjointe Ecole Polytechnique de Montréal, Chercheure CIRANO, CIRANO 2020, Rue University 25ème étage, Montréal (QC) H3A 2A5; Tel : 514-985-4000 # 3120; Fax : 514-985-4039; courriel: demarcen@cirano.qc.ca

It is now mandatory to report any incident or accident that occurs during the provision of health services and social services in all institutions of the Quebec health care system. The definitions of "accident" and "incident" provided by the Act identify the type of event to report. The declaration form is the basis of the reporting process. It is equivalent to a photo taken when the incident or accident was detected. It must make it possible to document the events which occurred and to identify high-risk situations. It must make it possible to know the facts and to provide objective information that replaces the event in its context. The ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) and the Groupe national d'aide à la gestion des risques et à la qualité have mandated us to make proposals to revise the AH-223 form. The objectives of this mandate were to report on the current situation in the province's institutions as well as to make a critical analysis of the AH-223 form in order to draw attention to information enabling preparation of a reporting form model. In the first part of this report, we will define the methodology upon which our analysis is based. We will then give a brief history of the AH-223 incident/accident report and of the objectives envisaged when it was designed. In the third part, we will analyze the current situation in the system's institutions on the basis of the answers to a questionnaire sent out to all the province's institutions. In the fourth part, we will describe, section by section, the AH-223 form currently proposed by the MSSS. We will analyze the contents and the information requested as well as its use, and will suggest a certain number of modifications. Lastly, we will make revision proposals with respect to its format (use of a computerized form) and its contents (description of each section). Our final recommendations will be grouped in three categories: the AH-223 form, the creation of the local register and the contents of the provincial register.

Keywords: *hospitals, risks, medical accident, incident/accident, reporting form, mandatory reporting*

Remerciements

Nous tenons à remercier l'ensemble des personnes qui ont contribué à l'élaboration de ce rapport et plus particulièrement :

- **Les membres du CIRANO** et plus particulièrement Geneviève Dufour, Ingrid Peignier et Evelyne Dufort.

- **Les responsables des sous-comités et groupes de travail** et plus particulièrement Marie-Claude Poulain du CHUM (Médicaments) et Denis Gagnon du Centre Hospitalier Robert Giffard (Chutes)

Nous tenons aussi à remercier :

- **Le Ministère de la Santé et des Services Sociaux** et plus particulièrement, Docteure Sylvie Bernier, Docteur Michel Bureau et Huguette Rivard.

- **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, Rénald Lemieux, Docteur Bruno Morin, Docteur Claude Rivard et Docteur Denis-Richard Roy

- **L'Association des Hôpitaux du Québec** et plus particulièrement Michelle Dionne et Martine Dufresne.

- **Les représentants des 4 établissements pilote (CHUM, Hôpital Ste Justine, Hôpital du LakeShore, Centre hospitalier régional de Lanaudiere)** que nous avons sollicité à de nombreuses reprises : Anne Lemay, Jocelyne Carl, Marie-Claude Poulain et François Dehaut (CHUM) ; Jacinthe Poitras et Véronique Lemieux (Centre Hospitalier Régional de Lanaudière) ; Suzanne Allaire et Thérésa Estioko (Hôpital du Lakeshore), Martine Dubé, Isabelle Demers, Claude Fortin, Dominique Vallée, Sophie Charland, Diane Decelles et Brigitte Plourde (Hôpital Ste Justine).

- **Les membres du comité de prévention des chutes du Centre Hospitalier Robert-Giffard**, et plus particulièrement Denis Gagnon, Dre Catherine Gagnon, Frances P. Marois, Dominique Tougas et Johanne Guillemette.

- **Les personnes présentes au groupe de travail sur la déclaration des erreurs de médicaments** : Giliane Beaudet, France Boulet, Michel Chaloux, Lise Maisonneuve, Gisèle Painchaud, Marc Vallée , Jocelyne Pépin, Sylvie Laflamme, Francine Leroux, Suzanne Gilbert

- **Les personnes présentes au groupe de travail sur la déclaration en missions sociales et communautaires** et plus particulièrement Suzanne Lavallée (CLSC) et Alain Demers (CJ)

- **Les membres du comité réseau qualité de la Montérégie** et plus particulièrement le président du comité Roger Fournier ainsi que Linda Simard, Serge Bouchard, Anne Marie Pharand, Brigitte Lagace, Christiane Desmeules Sylvie Latulippe. Jean-Pierre Rogrigue.

- **Le secrétariat du système du sang**, le Dr Pierre Robillard ainsi que le Dre Ann Fortin et Céline Poulin.

- **Le Laboratoire de Santé Publique du Québec** et plus particulièrement le Dr Jean Joly et son équipe informatique.

- **L'ensemble des personnes des établissements du réseau qui ont répondu à notre questionnaire ainsi que les autres personnes que nous avons rencontrées**, **contactées par téléphone ou par courriel** et plus particulièrement Lorraine Mossman, Danielle Bellemare, Alain Boisvert, Sylvie Boulanger, Jocelyne Faille, Myriam Fernandez, Docteur Guillemette, Denis Lebel, Lynda Marcotte, Docteur Nadeau, Linda Simard, ainsi que Docteur Gourdeau, Pascal Fisher de Optimum Conseil, Yvon Roy de DMR Consulting et David U. de ISMP Canada.

© CIRANO 2004 - Nathalie de Marcellis-Warin

TABLE DES MATIERES

1. Méthodologie ____ *13*

1.1 Analyse d'un échantillon de rapports d'incidents/accidents fournis par l'AHQ ____ **13**

1.2 Rencontres et interviews téléphoniques de plusieurs établissements du réseau ____ **14**

1.3 Enquête par questionnaire auprès d'un échantillon d'établissements du réseau ____ **14**

1.4 Contacts canadiens et américains ____ **18**

2. Historique et objectifs du formulaire de déclaration AH-223 ____ *19*

2.1 L'historique ____ **19**

2.1.1 Le compte rendu d'accident ____ 19

2.1.2 La création du formulaire de déclaration AH-223 ____ 19

2.1.3 Les révisions du formulaire AH-223 ____ 19

2.1.4 L'utilisation volontaire du formulaire AH-223 dans les établissements ____ 19

2.2 Les objectifs du formulaire AH-223 ____ **20**

2.2.1 Objectifs du formulaire AH-223 définis dans le guide d'utilisation de l'AHQ ____ 20

2.2.2 Les définitions ____ 20

3. La déclaration des incidents/accidents dans les établissements du réseau : analyse de la situation actuelle ____ *22*

3.1 Politiques et procédures de déclaration des incidents et accidents dans les établissements ____ **23**

3.1.1 Les définitions d'incidents/accidents utilisées ____ 23

3.1.5 Délai pour compléter un formulaire ____ 28

3.2 Le(s) formulaire(s) de déclaration d'incident et d'accident utilisé(s) ____ **29**

3.2.1 Le(s) formulaire(s) de déclaration utilisé(s) actuellement ____ 29

3.2.2 AH-223 légèrement modifié, rapport maison et rapport complémentaire ____ 30

3.2.3 Le formulaire est-il bien complété? ____ 33

3.2.4 Saisie informatisée ____ 34

3.3 Suivi des formulaires de déclaration et compilation ____ **34**

3.3.1 Le suivi des formulaires ____ 35

3.3.2 La compilation des données faite actuellement ____ 37

3.5 Commentaires et suggestions sur le formulaire AH-223 exprimés par les établissements ____ **40**

4. Le formulaire de déclaration AH-223 : analyse du contenu ____ *42*

4.1 Remarques générales complémentaires sur le formulaire AH-223 ____ **43**

4.2 Analyse section par section ____ **43**

4.2.1 Section « 0 » : Informations Générales 43
4.2.2 La carte d'hôpital de l'usager 45
4.2.3 Section 1. Endroit 45
4.2.4 Section 2 : Objet 49
4.2.5 Section 3. Situation préalable 56
4.2.6 Section 4. Mesures prises 58
4.2.7 Section 5. Diagnostic consécutif 60
4.2.8 Section 6. Témoins identifiés 61
4.2.9 Section 7. Plainte Prévisible 61
4.2.10 Section 8. Signataire du rapport 61
4.2.11 Section 9. Avis ou recommandations 61
4.2.12 Autre ajout proposé par les établissements : la DIVULGATION 63

4.3 Commentaires et suggestions complémentaires 63

5. Propositions de révision du formulaire de déclaration (forme et contenu) 65

5.1 Propositions de modification de la forme du formulaire de déclaration : du formulaire papier au formulaire informatisé 65

5.2 Propositions de modification du contenu du formulaire de déclaration 66

6. Recommandations du rapport 69

6.1 S'assurer que le processus de déclaration des incidents et accidents soit simple et facile (objectif = faciliter la déclaration) 69

6.2 Mettre sur pied le registre local 70

6.3 Déterminer le contenu de la base de données provinciale 70

Conclusion et étapes suivantes 72

TABLE DES MATIERES DES ANNEXES

ANNEXE 1 : RAPPORT D'INCIDENT /ACCIDENT AH-223 ET GUIDE AHQ..... 74

ANNEXE 2 :QUESTIONNAIRE CIRANO - REVISION DU FORMULAIRE AH-223... 77

ANNEXE 3 : EXEMPLE DE FORMULAIRE INFORMATISE IMPRIME..... 80

ANNEXE 4 : EXEMPLES DE RAPPORTS AH-223 MODIFIES OU RAPPORTS MAISONS UTILISES DANS CERTAINS ETABLISSEMENTSs..... 81

ANNEXES 5 : PROPOSITIONS DE CONTENU POUR LE FORMULAIRE DE DECLARATION 82

5.1 FORMULAIRE DE DECLARATION INCIDENT/ACCIDENT 83

5.2 FORMULAIRE DE DECLARATION MEDICAMENTS..... 95

5.3 FORMULAIRE DE DECLARATION CHUTES 125

ANNEXE 6 : EXTRAITS DE LA LOI 113 131

CHEMINEMENT DE L'ÉTUDE

Analyse de la situation actuelle
dans les différents établissements du réseau

▼

Méthodologie utilisée pour l'analyse

Phase I : Analyse de la situation dans les Centres hospitaliers (CH)
(Rapport de Marcellis-Warin & Dufour, 2003)

Phase II : Analyse de la situation pour l'ensemble des établissements du réseau
(Questionnaire CIRANO)

Analyse statistique des réponses au questionnaire

▼

Analyse critique du formulaire papier actuel (AH-223)
afin de mettre en évidence les éléments pouvant permettre
d'établir un «modèle» de formulaire(s) de déclaration

Analyse section par section du contenu du formulaire de déclaration AH-223 :
(1) Présentation de la section et informations recherchées dans cette section
(2)Remarques, commentaires et propositions faites par les établissements
(3)Propositions de modification de contenu

▼

Propositions de révision du formulaire de déclaration
formulaire informatisé et description des champs

▼

Recommandations regroupées en 3 catégories :
le formulaire de déclaration, la mise en place du registre local
et le contenu du registre provincial

.

Introduction

La déclaration des incidents et des accidents survenus lors de la prestation des soins est devenue obligatoire dans tous les établissements du réseau de la santé du Québec. La loi sur les services de santé et les services sociaux a été modifiée par l'insertion après l'article 233 du suivant (projet de loi 113 – 2002, Chapitre 71):

> « 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 …/…. »

Les définitions d'accident et d'incident données par la loi renseignent du type d'événement à déclarer :

> *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'usager, 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.

Le formulaire de déclaration est la pierre angulaire de ce processus de déclaration. Il équivaut à une photo prise au moment de l'incident ou de l'accident. Il doit permettre de documenter les événements qui se sont produits et identifier les situations a risque. Il doit permettre de connaître les faits et de fournir certains éléments objectifs pour replacer l'événement dans son contexte. Il doit donc répondre a un certain nombre de questions (on utilisera le terme événement pour incident/accident) :

- Qui est (ou aurait pu être) la personne concernée par l'événement déclaré ?
- Quand l'événement déclaré s'est-il produit ?
- Où l'événement déclaré s'est-il produit ?
- Quelle est la nature de l'événement déclaré ?
- Quels sont les principaux faits qui se sont produits ?
- Quelles sont les personnes impliquées ?
- Quelles sont les mesures qui ont été prises au moment de l'événement ? par qui ?
- Quelles sont les conséquences pour la personne concernée ?
- Quelles sont les recommandations et les mesures devant être prises pour empêcher qu'un tel événement ne se reproduise ?
- Qui a rempli le formulaire de déclaration ?

Dans le cas d'un accident, le formulaire de déclaration permet de documenter le risque qui se réalise et qui atteint l'usager. Par exemple, dans le cas où l'on administrerait un médicament non prescrit à l'usager, le formulaire de déclaration décrira le moment où le médicament a été administré. Si l'infirmière se rend compte avant d'administrer le médicament qu'il ne s'agît pas du bon médicament, elle doit remplir le formulaire pour déclarer cette fois l'incident. Si le pharmacien découvre l'erreur avant que le médicament ne quitte la pharmacie, il devrait aussi déclarer l'incident.

En 1989, le Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec a crée un formulaire de déclaration appelé *Rapport d'incident/accident* 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. L'utilisation de cette formule n'était pas obligatoire et l'utilisation d'un formulaire maison développé par l'établissement pouvait être accepté.

Mandat donné au CIRANO

Le MSSS et le Groupe national d'aide à la gestion des risques et de la qualité ont donné au CIRANO le mandat de faire des propositions de révision du formulaire de déclaration AH-223. Les objectifs de ce mandat étaient d'une part de faire état de la situation actuelle dans les différents établissements de la province et d'autre part, de faire une analyse critique du formulaire AH-223 afin de mettre en évidence les éléments pouvant permettre d'établir un modèle de formulaire de déclaration.

Nous avons donc cherché à répondre aux questions suivantes : Quels sont les types d'événements déclarés actuellement dans les établissements du réseau ? Quels sont les formulaires de déclaration utilisés? Le AH-223 est-il utilisé ? Si non, pourquoi ? Si oui, est-il satisfaisant ? Quelles sont les modifications (mineures/majeures) qui pourraient l'améliorer ? Utilisent-ils un formulaire unique pour tous les événements ou ont-ils des formulaires différents selon les types d'événements ? selon les types de mission ? Est-ce que tous les secteurs d'activité concernés déclarent? Y a t il un suivi des formulaires de déclaration ? par qui, comment ? Les rapports sont-ils compilés ?…

Nous avons réparti nos travaux en deux phases :

> **Phase I** : Analyse de la situation dans les Centres Hospitaliers (CH) et propositions de modification du contenu du formulaire AH-223
>
> **Phase II** : Analyse de la situation pour l'ensemble des établissements du réseau et formulation de propositions et recommandations

En juin 2003, un rapport provisoire a été publié et remis au MSSS[1]. Il concernait uniquement la phase I. Le présent rapport reprend les analyses et modifications proposées pour les CH dans le rapport de la phase I et élabore des propositions et des recommandations pour

[1] De Marcellis-Warin, N. et G. Dufour, 2003, 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, Rapport de projet CIRANO, n. 2003-RP-09.

l'ensemble des établissements. Dans la préparation des propositions et recommandations, nous avons consulté deux sous-comités (Chutes et Médicaments).

Dans la première partie de ce rapport, nous définirons la méthodologie sur laquelle est basée notre analyse. 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 ferons une analyse de la situation actuelle dans les établissements du réseau à partir des réponses à un questionnaire envoyé à l'ensemble des établissements de la province. Dans la quatrième partie, nous détaillerons section par section le formulaire AH-223 actuellement proposé par le MSSS. Nous analyserons le contenu, l'information demandée, son utilisation et nous proposerons un certain nombre de modifications. Dans la cinquième partie, nous ferons des propositions de révision du formulaire à la fois sur la forme (utilisation d'un formulaire informatisé) et sur le contenu (description des champs). Nous finirons par des recommandations regroupées en 3 catégories : le formulaire de déclaration, la constitution du registre local et le contenu du registre provincial.

1. Méthodologie

Notre analyse et nos commentaires sont basés sur le formulaire AH-223 (version française et version anglaise) et le guide de formation et d'utilisation du rapport AH-223[2]. Nous avons analysé les différentes 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 repris les définitions et la terminologie du guide comme base de référence. D'autre part, nous avons fait l'analyse d'un échantillon de rapports d'incident/accident complétés, fournit par l'AHQ, dénominalisés. Pour affiner notre analyse, nous avons fait des visites d'établissements hospitaliers et nous avons eu des contacts téléphoniques avec différents professionnels du milieu de la santé au Québec. Puis, nous avons effectué une enquête par questionnaire auprès d'un échantillon des établissements de la province. Enfin, nous avons fait une étude des programmes de déclaration existants dans d'autres pays, et nous avons eu des échanges au Canada et aux États-Unis.

1.1 Analyse d'un échantillon de rapports d'incidents/accidents fournis par l'AHQ

L'AHQ nous a fourni un échantillon de 106 rapports d'incidents/accidents sélectionnés de façon aléatoire dans l'ensemble des rapports reçus. Ces rapports leur ont été envoyés par différents établissements. Ces rapports ont été dénominalisés avant de nous être transmis. Nous n'avions ni le nom de l'établissement ni le nom du patient. L'échantillon était le suivant :

Catégorie	Nombre
A. Services cliniques et soins	**11**
Identification (spécimen, patient)	3
Refus de traitement	1
Fugue	7
B. Médication	**14**
C. Chutes	**14**
E. Divers	**67**
Agression	9
Blessures corporelles (transfert de patient, automutilation,…)	15
Perte/Bris d'objet personnels	11
Suicide/Tentative de suicide	4
Contentions	6
Décès	1
Désorganisation/Altération état mental	5
Extravasation	3
Accident de travail	6
Total	**106**

Tableau 1 : Nombre de formulaires AH-223 par catégorie

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 ». Ils provenaient d'établissements de différentes missions : CH, CHSLD et CLSC. Ils touchaient un éventail d'événements: *fracture suite à une chute entraînée par une crise d'épilepsie, blessure lors d'un déplacement*

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

de l'usager, brûlure après chute d'un bol de thé sur la cuisse de l'usager, éraflure 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, climatisation trop froide,… Nous craignions d'avoir un biais de sélection en analysant des rapports envoyés a l'AHQ car nous pensions qu'il s'agirait essentiellement de rapport avec plainte prévisible (ce qui n'était pas le cas), ce qui n'était pas le cas.

1.2 Rencontres et interviews téléphoniques de plusieurs établissements du réseau

Nous avons visité 6 établissements dont certains 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 déclaration des incidents/accidents en place dans l'établissement ainsi que sur le 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. Quatre établissements (CHUM, Hôpital Ste Justine, Hôpital du Lakeshore, Centre Hospitalier Régional de Lanaudière) ont participé directement au projet de recherche CIRANO en acceptant de faire partie de l'étude pilote.

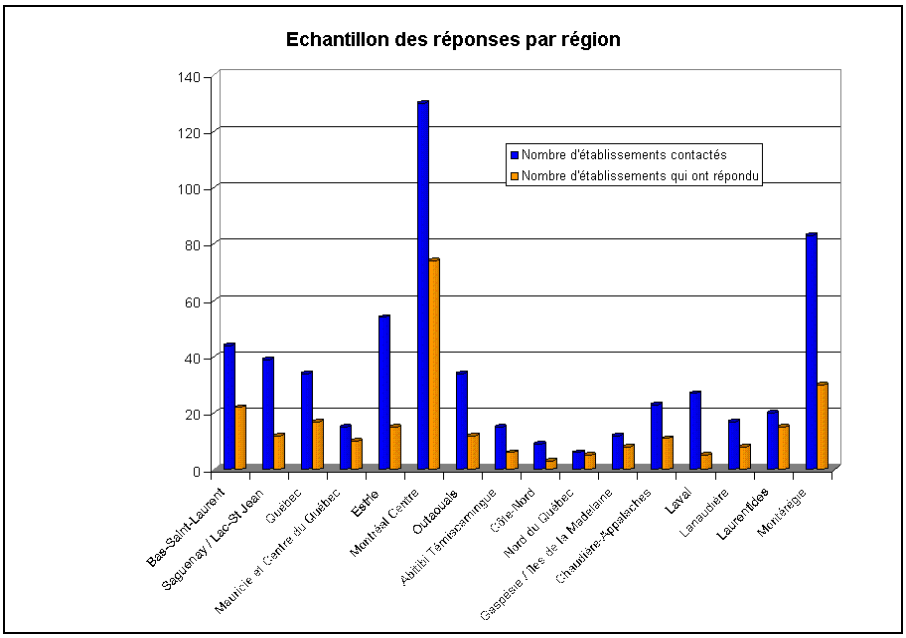
1.3 Enquête par questionnaire auprès d'un échantillon d'établissements du réseau

Un questionnaire a été envoyé à un échantillon d'établissements du réseau de la santé et des services sociaux du Québec (voir annexe 2). Les listes des établissements et points de services ont été obtenues sur les sites Internet des différentes Régies Régionales de la Santé et des Services Sociaux (RRSSS)[3] .Au total, 568 questionnaires ont été envoyés par fax et par courriel (le nombre aurait pu être supérieur mais certaines coordonnées présentes sur les sites Internet étaient erronées ou alors inexistantes).

1.3.1 Description des répondants

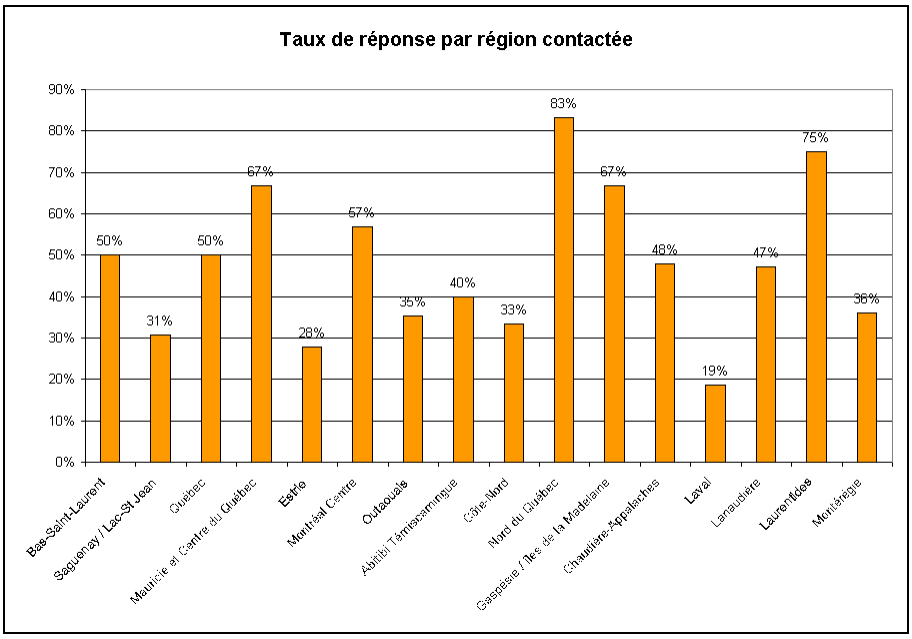
192 questionnaires remplis nous ont été retournés, la majorité par fax et quelques-uns par la poste ou par courriel. Par ailleurs, ces 192 couvrent les réponses de 253 établissements ou points de services. En effet, à plusieurs reprises, nous avons reçu des questionnaires remplis pour plusieurs missions à la fois (composition de CHSLD et CLSC ou CHSDS et CLSC, etc…). Dans la majorité des cas, les personnes ont différencié les réponses données en précisant ce qui était spécifique par exemple pour le CHSLD et ce qui concernait uniquement le CLSC. Nous les avons donc séparés. Cela nous donne un taux de réponse de 45 %. Ce taux de réponse global est très satisfaisant et il permet de montrer que les établissements se sentent directement concernés par la problématique soulevée par la Loi 113 et le formulaire de déclaration qui en découle. Nous avons pu constater grâce à cette enquête que la plupart des établissements étaient prêts à collaborer avec le CIRANO afin d'améliorer le formulaire AH-223. Plusieurs n'ont pas hésité non plus, à nous contacter par téléphone suite à l'enquête afin de nous faire part de leur politique interne et de leur façon de faire en ce qui concerne la gestion des accidents/incidents. De nombreux formulaires maison nous ont aussi été transmis. Les graphiques 1 et 2 présentent la distribution des régions des répondants à l'enquête.

[3] Voir http://www.msss.gouv.qc.ca/regions/index.html pour la liste des sites web des régies régionales.



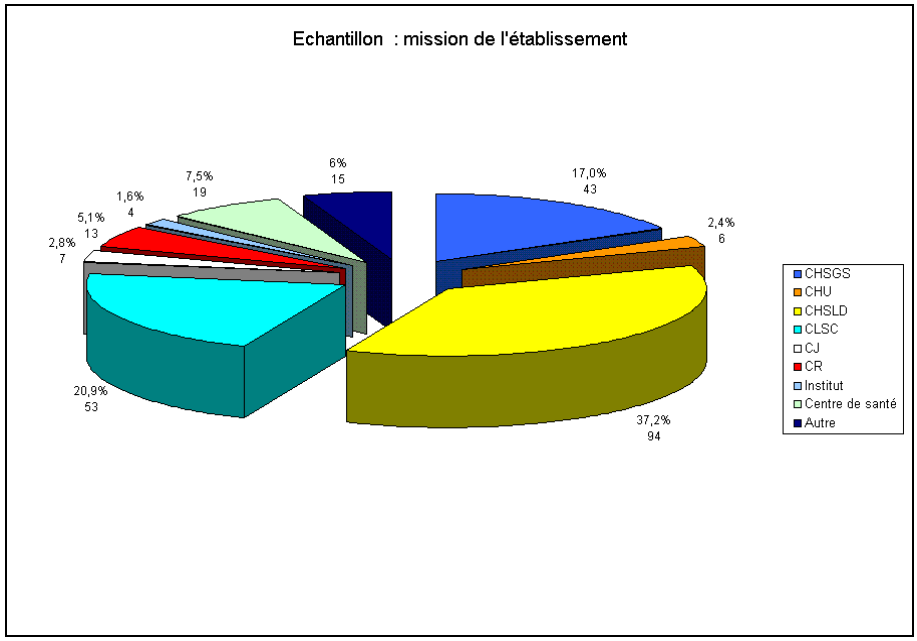
Graphique 1 : Nombre de réponses par région

Toutes les régions du Québec sont représentées par les répondants exceptées les régions du Nunavik (4 établissements contactés mais aucune réponse) et des Terres Cries de la Baie James. Il n'y a pas de grosses disparités dans le taux de réponse des établissements des différentes régions (sauf peut-être pour la région de Montréal centre et la Montérégie). On peut constater que pour plusieurs régions du Québec, comme la Mauricie et le Centre du Québec, Montréal, le Nord du Québec, la Gaspésie et les Iles de la Madeleine, les Laurentides, le taux de réponse dépasse 50%. Sur les régions ayant répondu, aucune n'est sous représentée, puisque le plus faible taux de réponse est pour la région de Laval, 19%



Graphique 2 :Taux de réponse par région

On constate également que l'ensemble des **missions** (CHSGS, CHU, CHSLD, CLSC, CJ, CR, Institut, Centre de santé) sont représentées et se sont exprimées via le questionnaire. Par contre, on note une nette domination des CHSLD (37,5% des répondants), des CLSC (21% des répondants), des CHSGS (17% des répondants). Ceci s'explique entre autre par le fait que ces établissements sont également majoritaires en nombre au Québec comparativement aux autres types d'établissements comme les centres de jeunesse par exemple.



Graphique 3 : Nombre d'établissements par mission

Il est aussi important de regarder d'autres spécificités de l'établissement ou le point de service qui a répondu. Quelle est la **taille des établissements** qui ont majoritairement répondu ? Quel est le **bassin de population couvert** par ces établissements ?

	Capacités au permis (nombre de lits)						
	Moyenne	Non répondu	0<x<100	100<x<200	200<x<300	300<x<500	500<x<1000
CHSLD	243	17% (N=16)	20% (N=19)	21% (N=20)	16% (N=15)	19% (N=18)	7% (N=7)
CHSGS	254	9% (N=4)	19% (N=8)	28% (N=12)	12% (N=5)	23% (N=10)	91% (N=4)

Tableau 2 : Capacité au permis des répondants

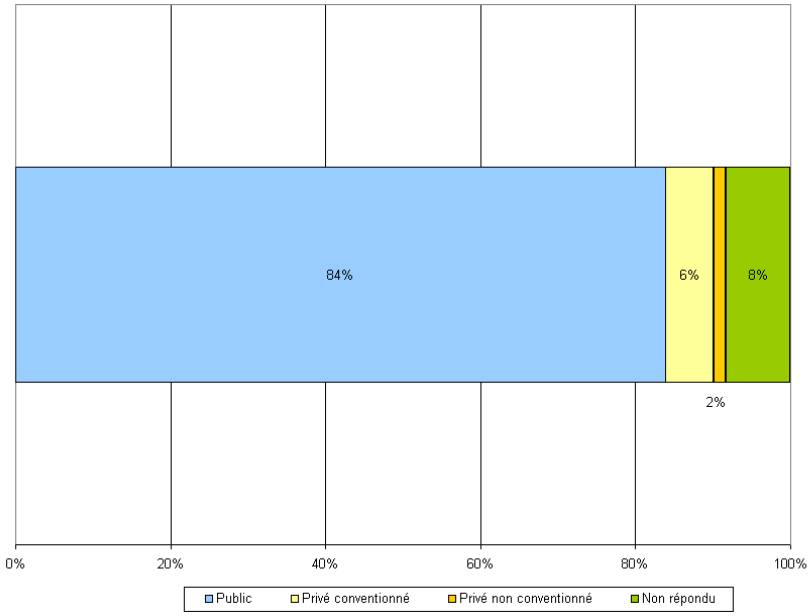
Les CHU sont des établissements plus importants en terme de capacités au permis. En effet, les CHU qui ont répondu aux questionnaires (6 répondants) avaient des capacités au permis supérieures à 500 lits. Les 7 centres de jeunesses qui ont répondu ont en moyenne une capacité au permis de 334 lits. Par ailleurs, les centres de réadaptation sont des centres plus petits puisqu'en moyenne ils ont une capacité au permis de 132 lits.

Les CLSC se caractérisent non pas par la capacité au permis mais par le bassin de population qu'ils couvrent. Voici un tableau qui résume les caractéristiques des CLSC répondants :

	Bassin de population					
	Moyenne	Non répondu	0<x<10 000	10 000<x<50 000	50 000<x<100 000	100 000<x<500 000
CLSC	65 422	26% (N=14)	2% (N=1)	30% (N=16)	23% (N=12)	19% (N=10)

Tableau 3 : Bassin de population couvert par l'établissement

Le **statut de l'établissement** est également important afin de mieux connaître les moyens et le fonctionnement de ceux-ci. Ainsi, notre échantillon regroupe une large majorité d'établissements publics (84%, N=212). La plupart des établissements privés conventionnés (6%, N= 16) et privés non conventionnés (2%, N=4) sont des centres de santé ou des instituts. N.B. : 8 % de non-réponse (N=21)



Graphique 4 : Statut des établissements ayant répondu à l'enquête

Nous allons présenter les résultats du questionnaire dans la suite du rapport. Le questionnaire avait 10 questions dont la dernière était une question ouverte. Les répondants pouvaient nous faire part de leurs commentaires et recommandations concernant la révision du formulaire de déclaration. Cette question, lorsqu'elle était remplie, était très détaillée. Certains répondants ont rajouté une page supplémentaire ou fait des copies de documents internes à leur établissement à titre d'information.

1.4 Contacts canadiens et américains

Nous avons fait une recherche sur la déclaration des incidents et accidents au Canada et dans d'autres pays. Nous avons trouvé de nombreux programmes de déclaration aux États-Unis, principalement sur les erreurs de médication. Nous avons eu accès à plusieurs formulaires et documents liés à la déclaration des incidents/accidents.

Nous avons de plus rencontré le président de l'Institut for Safe Medication Practices Canada (ISMP Canada), David U. Une description du logiciel **Analyse-Err®** a été faite en annexe. Nous avons aussi rajouté des commentaires sur la pertinence d'utiliser un tel logiciel et sur la base de données qu'ils ont développée.

2. Historique et objectifs du formulaire de déclaration 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'usager 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 de déclaration AH-223

En 1989, le formulaire appelé *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 fournit gratuitement, puis pour 8,26 $ pour 100 formulaires. Le formulaire comporte trois copies. La copie blanche (8,5 x 11) est déposée au dossier de l'usager, 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 x 14). 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 compile l'information. Les copies qui n'ont pas à être transmises sont dans certains cas détruites. Les informations des sections 9 et 10 au bas du formulaire, ont un statut spécial les exemptant de l'obligation de divulgation à l'usager.

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 étaient libres d'utiliser le rapport AH-223 tel quel, de le modifier ou d'en créer un nouveau. L'utilisation du formulaire AH-223 devait 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 maintenant, peu d'établissements avaient une personne en charge exclusivement de la gestion des risques et de la qualité.

2.2 Les objectifs du formulaire 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 de déclaration des incidents et accidents visé par l'utilisation du formulaire AH-223. Nous avons observé que de nombreux établissements qui utilisent le AH-223 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 formulaire AH-223 définis dans le guide d'utilisation de l'AHQ

Le formulaire AH-223 a été conçu pour déclarer tout événement concernant l'usager, les accompagnateurs ou les visiteurs. Selon le guide de formation et d'utilisation[4], il 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).*

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 formulaire 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 suivantes [5]:

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

[4] Source : Guide d'utilisation et de formation du rapport AH-223, AHQ, 1995, p.5

[5] 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.

Exemple : chute causant des dommages

- ***Incident ou presqu'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

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'usager.*

Le guide propose d'autres cas :

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

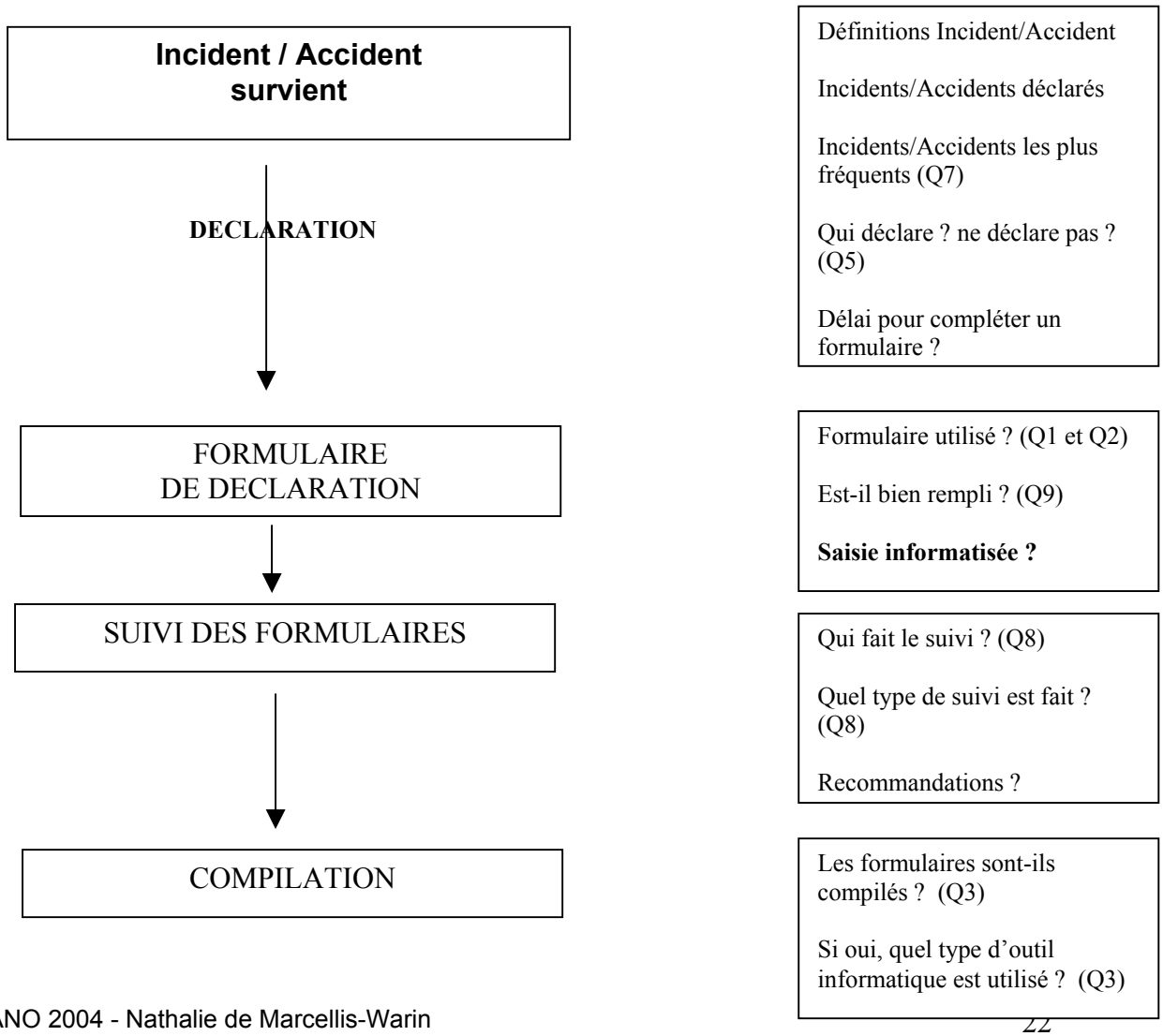
Déroulement d'une situation potentiellement dommageable *: Complication imprévisible post-chirurgie ou procédure de travail inadéquate ou incomplète;*

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

© CIRANO 2004 - Nathalie de Marcellis-Warin

3. La déclaration des incidents/accidents dans les établissements du réseau : analyse de la situation actuelle

Même si de nombreux établissements ont adopté le rapport AH-223 en 1989, plusieurs établissements ont cherché aux cours des dernières années à l'adapter à leurs besoins spécifiques. 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 amorcée dans de nombreux établissements et il semble important d'offrir des outils et des ressources dans le but de standardiser la démarche et la collecte d'information pour permettre une remontée de l'information au niveau provincial. Il faut cependant prendre en considération les formulaires et outils créés et déjà en place. Dans cette section, nous regarderons tout d'abord les politiques et procédures actuellement en vigueur puis nous étudierons différents points repris dans le graphique ci-dessous : les définitions d'incident et d'accident utilisées, par qui et quand les rapports sont complétés, le type d'événement déclaré, le formulaire de déclaration utilisé et la gestion des informations recueillies, le suivi et la compilation des rapports. **Ces différents points ont fait l'objet de questions spécifiques dans le questionnaire envoyé aux établissements et lors de nos différentes rencontres**.



© CIRANO 2004 - Nathalie de Marcellis-Warin

3.1 Politiques et procédures de déclaration 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 la déclaration des incidents et accidents dans plusieurs établissements. Certaines politiques de déclaration 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 êtres complétés.

3.1.1 Les définitions d'incidents/accidents utilisées

L'interprétation des définitions d'incident et d'accident utilisées est variable 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 d'interprétation des définitions utilisées :

- Dans un établissement, on utilise dans le guide de déclaration le terme incident pour tous les événements (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 et précise les termes : *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. 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.

3.1.2 Les incidents/accidents déclarés dans les établissements

Différents types d'événements sont déclarés dans les établissements. D'après les personnes interrogées, il s'agit essentiellement d'événements en lien direct avec l'usager et reliés aux soins, d'événements survenus en périphérie de l'usager, comme les événements ayant lieu dans d'autres services comme le laboratoire, la pharmacie,… et d'événements reliés à la sécurité et à l'environnement (comme les vols, la perte d'objets, les agressions mais aussi les chutes reliées à l'environnement, comme la glace dans les stationnements ou les dégâts d'eau), D'autres événements sont aussi déclarés: il s'agit des incidents/accidents transfusionnels et

des infections nosocomiales. Ils font l'objet d'un traitement à part et sont gérés la plupart du temps par un système spécifique (nous détaillerons plus loin).

- **Incidents/accidents en lien direct avec l'usager**

Les incidents/accidents déclarés sont presque toujours en lien direct avec l'usager et reliés aux soins de santé. Dans les CH, 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. Nous détaillerons par la suite.

- **Incidents/accidents survenus en périphérie de l'usager**

Nous avons vu peu de rapports d'incidents/accidents survenus en périphérie de l'usager. Certains services utilisent des rapports maison 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 déclarent pas du tout ce type d'événements. Souvent, il n'y a pas de politique de déclaration (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 perçu comme un formulaire pour les événements en lien direct avec l'usager. Comme nous le verrons plus loin dans l'analyse section par section, les sections *lieu* et l'*objet* permettent difficilement de déclarer des événements survenus en périphérie de l'usager sauf à remplir la case AUTRE (ce qui rend difficile pour sensibiliser de tels services).

- **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 AH-223 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 » que l'on nous a communiqués demandent assez peu d'informations. Les questions sont ouvertes, il n'y a pas de choix de réponse. 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). Dans les établissements où l'on utilise le formulaire AH-223 pour déclarer ce type d'événement, 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.

- **Incidents/accidents transfusionnels**

Les incidents et accidents reliés aux produits sanguins font partie des événements déclarés. Ils sont la plupart du temps signalés sur un autre formulaire standardisé de signalement, le formulaire AH-520 appelé « Rapport d'incident/accident transfusionnel». Ce formulaire a été développé en 1998-99 et implanté en février 2000. Ce sont les chargés de sécurité transfusionnels qui les remplissent. L'ensemble des réactions transfusionnelles sont

signalées au Québec et pas seulement les réactions graves. En 2001, un formulaire électronique Lotus Notes, intitulé RIAT, conçu à partir du formulaire papier, a été implanté dans l'ensemble des centres hospitaliers du Québec et les chargés de sécurité transfusionnelle qui le désirent peuvent saisir directement les données sur les incidents/accidents transfusionnels dans une base de données présente sur chacun des serveurs des centres hospitaliers de la province[6].

- **Les infections nosocomiales**

Les infections nosocomiales font l'objet d'un traitement à part dans les établissements. Ne sont déclarées 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 infections reliées a des cathéters sont identifiables et font partie des accidents évitables a déclarer. Ils pourraient l'être dans l'objet Complication.

3.1.3 La déclaration des incidents

La question 4 du questionnaire *« Les formulaires sont-ils complétés pour les incidents (événements n'ayant pas atteint le patient) ?* » permet de savoir si les incidents sont aussi déclarés. Nous avons pu constater que 71,1% (N=180) des établissements ont répondu remplir des AH-223 pour les incidents (alors que 26,5% (N=67) n'en remplissent pas ; 0,4% de non-réponse, 1,2% ne sait pas et 0,8% N/A). On constate par le tableau suivant que le nombre d'établissements qui complètent des formulaires pour les incidents varie en fonction de la mission des établissements.

Mission	CHSGS	CHU	CHSLD	CLSC	CJ	CR	Institut	Centre de santé
Nombre d'établissements qui complètent les formulaires pour les incidents	37	5	64	35	3	9	3	14
Nombre total d'établissements	43	6	94	53	7	13	4	19
% d'établissements qui complètent les formulaires pour les incidents	86%	83%	68%	66%	43%	69%	75%	74%

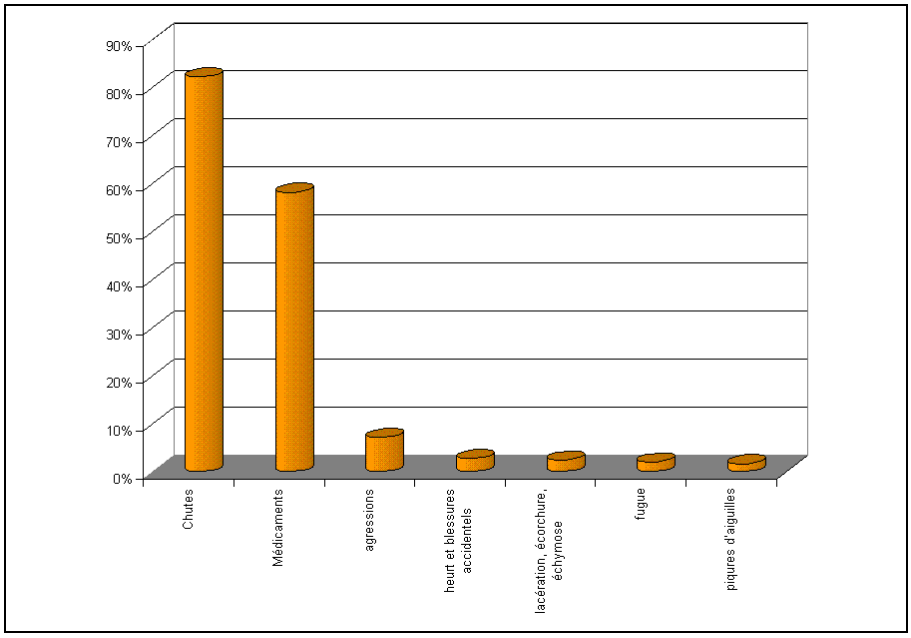
Tableau 4 : Relation entre la mission de l'établissement et les formulaires pour les incidents

3.1.3 Les incidents/accidents les plus fréquents

La question 7 concernait « les types d'accident les plus fréquents dans votre établissement ? ». Il apparaît évident d'après notre enquête que les deux principaux types d'accidents les plus fréquents sont les **chutes** (exprimés dans 82 % des établissements interrogés) et les erreurs de **médication** (58%). Les autres catégories d'accidents les plus fréquentes se retrouvent plus dans les hôpitaux psychiatriques ou encore dans les centres de réadaptation : il s'agit des agressions (exprimés dans 7% des établissements interrogés) et des blessures accidentelles

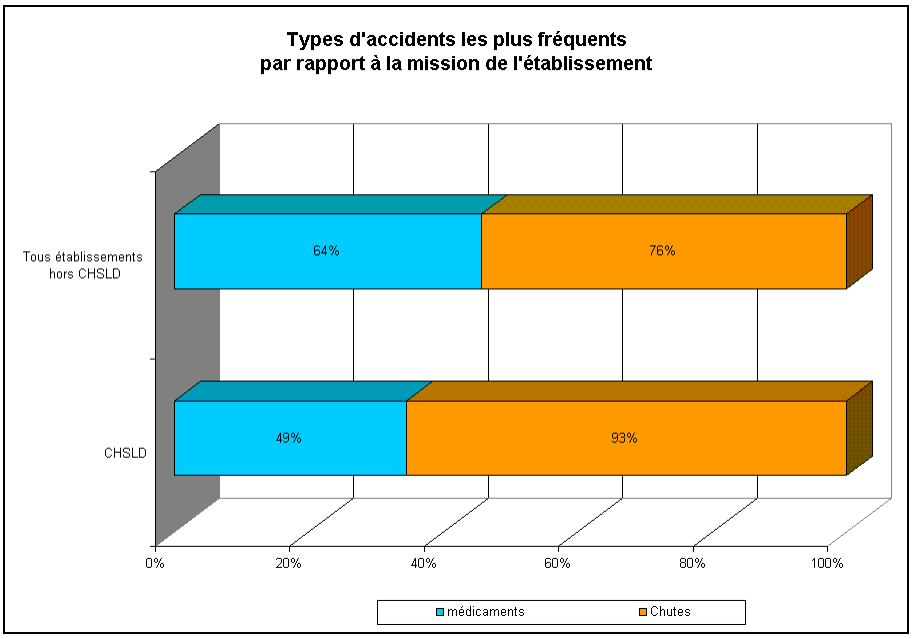
[6] Voir rapport

(exprimés dans 3% des établissements interrogés). Les autres types cités sont lacération, écorchure, ecchymose, fugue piqûres d'aiguilles, site d'infection (nosocomiales), départ sans autorisation médicale, automutilation, erreur de vaccination, soins à domicile.



Graphique 5 : Types d'accidents les plus fréquents

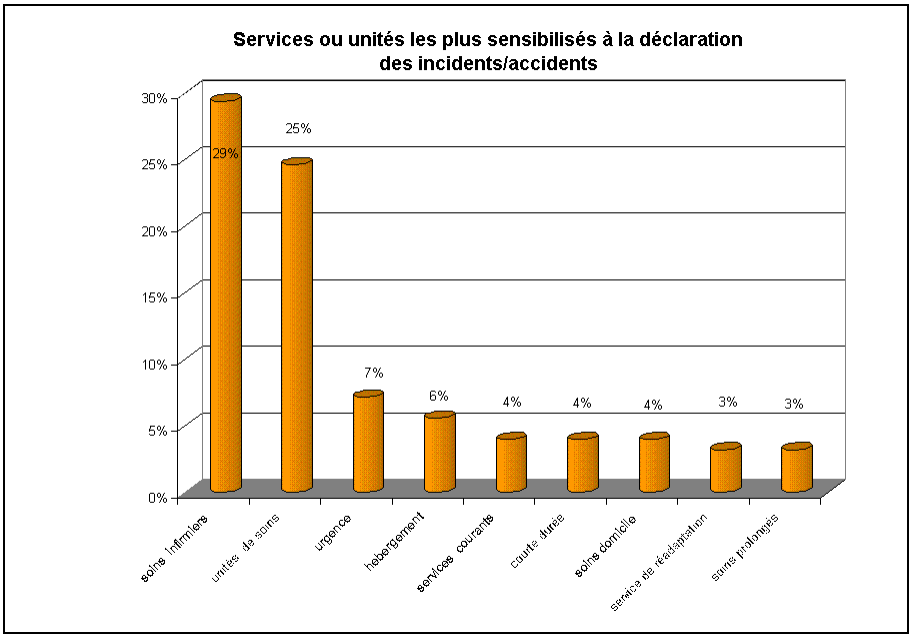
Nous avons étudié le biais que pouvaient apporter les CHSLD pour lesquels il est reconnu dans la littérature que les chutes sont les causes les plus fréquentes. Pour vérifier ce biais nous avons isolé les CHSLD d'un côté et les autres établissements de l'autre. Le graphique suivant nous montre que même en enlevant les CHSLD, les chutes restent le type d'accident le plus fréquent mais le ratio chutes / erreur de médication a diminué.



Graphique 6 : Incident et accidents les plus fréquents selon la mission de l'établissement

3.1.4 Qui déclare ? Qui devrait déclarer ?

Nous avons demandé aux établissements de santé quels étaient les services ou unités les plus sensibilisés à la déclaration. La question 5 était formulée de la façon suivante *« Y a-t-il des services ou unités plus sensibilisés à la déclaration que d'autres ? si oui, préciser. Y a-t-il des services ou unités qui ne remplissent (pratiquement) jamais le formulaire mais qui à votre avis devraient le faire ? ».* 49,8 % (N=126) des établissements ont estimé qu'il y avait des services ou unités qui étaient plus sensibilisés à la déclaration que d'autres (3,2% des établissements n'ont pas répondu à la question, 46,6% ont répondu non et 0,4 % ont répondu n/a). Les principaux services ou unités qui ont été dégagés par les établissements de santé comme étant les plus sensibilisés à la déclaration figurent dans le tableau suivant. Pour ces 49,8% d'établissements, nous avons identifié les services représentés comme étant les plus sensibilisés. Les pourcentages qui figurent sur le graphique sont exprimés par rapport au 49,8% des établissements qui ont répondu OUI à la question 5.

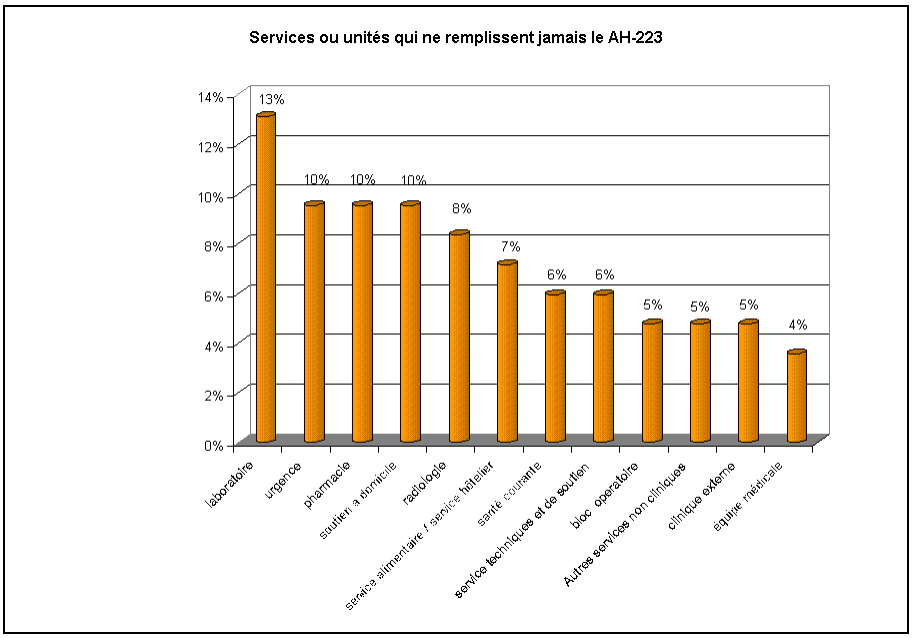


Graphique 7 : Services les plus sensibilisés à la déclaration

Nous pouvons constater que les services les plus sensibilisés sont les soins infirmiers en général (29%, N=37), les unités de soins (25%, N=31), les urgences (7%, N=9), les services d'hébergement (6%, N=7), les services courants (4%, N=5), les services de courte durée (4%, N=5) et les soins à domicile (4%, N=5). Les autres services ou unités qui ont été cités mais dans une proportion beaucoup moindre sont (avec un taux par rapport aux 126 répondants à la question <2%) : services médicaux, gériatrie, psychiatrie, service de réadaptation, unité de vie, programme de soins, pharmacie, naissance / famille, santé préventive, bloc opératoire, chirurgie et les soins prolongés.

Voyons maintenant les services pour lesquels il semble que des efforts de sensibilisation à la déclaration soient nécessaires. 33% (N=84) des établissements ont répondu qu'il y avait des services ou unités qui ne remplissent (pratiquement) jamais le formulaire mais qui à leur avis

devraient le faire (13% des établissements n'ont pas répondu à la question, 53% ont répondu non et 1% ont répondu n/a). Pour ces 33% d'établissements, voyons quels sont les services représentés comme étant les moins sensibilisés :



Graphique 8 : Services les moins sensibilisés à la déclaration

Nous pouvons constater que les services qui ont été identifiés comme ne remplissant pratiquement jamais les formulaires AH-223 sont les laboratoires (13%, N=11), les urgences (10%, N=8), la pharmacie (10%, N=8), les services de soutien à domicile (10%, N=8), la radiologie (8%, N=7) et les services alimentaires/services hôteliers (7%, N=6). Il apparaît assez clairement que les services ou unités qui ne remplissent jamais le formulaire AH-223 sont ceux qui sont à la périphérie des soins proprement dits. On y retrouve également les services communautaires.

3.1.5 Délai pour compléter un formulaire

Les délais dans lesquels la déclaration doit être faite restent au choix de l'établissement. Nous avons vu des endroits où le formulaire 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 établissements 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 formulaire doit être complété dans les mêmes délais.

- **Remarque 1 : La sous-déclaration**

Plusieurs personnes rencontrées estiment qu'il y a une sous déclaration 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 formulaire. Comme nous l'avons mentionné dans l'introduction, le AH-223 a été construit pour déclarer

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. La déclaration d'incident, de situation ou état de chose potentiellement dommageable ou déroulement d'une situation potentiellement dommageable est moins fréquente et souvent lorsqu'elle est faite, l'information reste au niveau de l'unité

- **Remarque 2 : Les plaintes prévisibles**

D'après les personnes interrogées, les cas où une plainte est prévisible sont déclarés de façon assez systématique et en général ils sont 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 avec risque de poursuite mais cela est normal puisque l'AHQ est l'assureur des hôpitaux.

3.2 Le(s) formulaire(s) de déclaration d'incident et d'accident utilisé(s)

Actuellement, différents types de formulaires de déclaration sont utilisés : le AH-223, une variante du AH-223 (AH-223 légèrement modifie) ou un rapport maison. Ceux qui utilisent un rapport maison le font pour tous les services ou seulement pour certains services spécifiques (sécurité, pharmacie,…) ou certains types d'incidents/accidents. Un petit nombre d'établissements n'utilise pas de formulaire de déclaration. Certains établissements ont un rapport complémentaire qui complète le formulaire de déclaration principal (surtout dans les cas de gravité).

3.2.1 Le(s) formulaire(s) de déclaration utilisé(s) actuellement

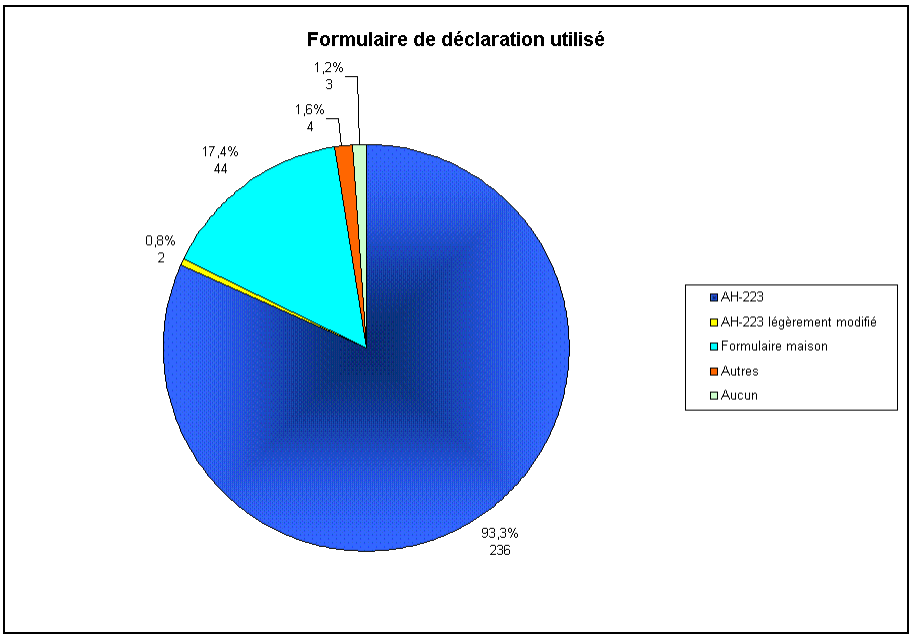
Nous avons commencé notre questionnaire par deux questions qui permettaient de savoir quel(s) formulaire(s) de déclaration était utilisé : « Quel(s) formulaire(s) de déclaration utilisez-vous actuellement ? Si vous utilisez un formulaire AH-223 modifié ou maison précisez pour quel(s) service(s) (ex. : pharmacie, laboratoire,…) et les informations que ce formulaire contient ». Le taux de réponse cette question a été de 100%.

Les établissements utilisent soit le AH-223 pour tout, soit le AH-223 et un formulaire maison (ou autre formulaire externe) pour certains types d'événements ou soit un formulaire maison pour tout.

Formulaire de déclaration	Formulaire maison (ou autres) spécifiques par événement	Rapport complémentaire
AH-223		
AH-223		X
AH-223	X	X
Formulaire maison général		X
Formulaire maison général	X	X

Tableau 5: Les types de formulaires de déclaration utilisés dans les établissements

Le graphique ci-dessous présente les résultats de notre questionnaire a la question 1.



Graphique 9 : Types de formulaire(s) de déclaration utilisés

Nous pouvons constater que la majorité des établissements, c'est-à-dire 93,3% (N=236) des répondants utilisent le AH-223 et 0,8% (N=2) utilisent une version légèrement modifiée de celui-ci. Ainsi 94% des établissements répondants utilisent le formulaire AH-223 ou une version modifiée de celui-ci.

3.2.2 AH-223 légèrement modifié, rapport maison et rapport complémentaire

- **AH-223 légèrement modifié**

Nous avons pu observer différents changements dans certains formulaires de déclaration utilisés. Il s'agit uniquement de 2 réponses au questionnaire mais cela semblait être plus fréquent pour les établissements visités ou interrogés.

- Dans certains cas il ne s'agissait pas de réelles modifications mais plutôt de consignes données aux personnes remplissant le questionnaire. Par exemple, l'un des établissements demandait à ce que soit noté dans la case diagnostic la gravité en utilisant la classification NCC MERP. Cette classification est utilisée pour les erreurs de médication (voir annexe 5) mais elle a été dans ce cas précis adaptée à tous les types d'événements (il y a 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.

- Certains établissements ont gardé la structure du rapport AH-223 (les sections 1 à 10) mais ont modifié en partie le contenu. Deux types de modifications ont attiré notre attention : soit parce que les formulaires précisaient le choix des réponses soir parce que au contraire les choix de réponses étaient tous éliminés. 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. Dans section *mesures prises*, certains choix de réponse étaient proposés comme les services appelés autres que clinique comme la brigade d'incendie, la sécurité, l'entretien, etc. ou par exemple, prélèvement supplémentaire requis, intervention requise, transfert aux soins intensifs, 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. Dans d'autres cas, tous les choix de réponse ont été éliminés et les questions sont restées 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 même du rapport en ajoutant des sections. Par exemple, on a trouvé une nouvelle section OBJET 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. Certains rapports remplacent la question ouverte pour la section *mesures prises* par des choix de réponse. Nous détaillerons ces points dans la section suivante.

- **Formulaire(s) maison**

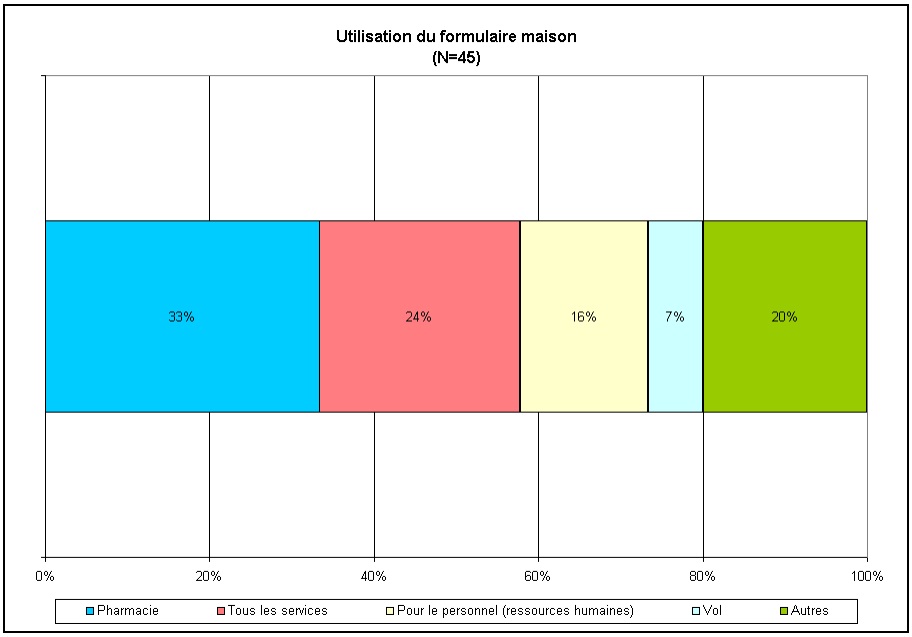
Par ailleurs, 19% (N=48) des répondants utilise un formulaire maison ou un autre formulaire existant (ex. formulaire de déclaration des erreurs de médicaments ISMP). Le tableau suivant illustre dans quel type d'établissement les formulaires maison sont le plus souvent utilisés:

Mission de l'établissement	CHSGS	CHU	CHSLD	CLSC	CJ	CR	Institut	Centre de santé
Nombre d'établissement utilisant un formulaire maison ou un autre formulaire que le AH-223	11	4	14	7	1	4	1	3
Nombre total d'établissement ayant répondu au questionnaire	43	6	94	53	7	13	4	19
Pourcentage d'établissement qui utilise un formulaire maison (par rapport au nombre total d'établissements répondants par mission)	26%	67%	15%	13%	14%	31%	25%	16%

Tableau 6 : Nombre d'établissements par mission utilisant un formulaire maison

On s'aperçoit clairement que ce sont les CHU qui utilisent majoritairement, pour 67% des répondants, un formulaire de déclaration maison. Les types d'établissements qui utilisent également des formulaires de déclaration maison sont les CHSGS (26% d'entre eux), les centres de réadaptation (31% d'entre eux) et les instituts (25% d'entre eux).

Sur les 48 établissements qui ont soit un formulaire maison soit un autre formulaire de déclaration, nous allons regarder pour quels services ces formulaires sont utilisés (45 établissements sur 48 ont ajouté cette précision). Nous avons retenu seulement les 4 plus grandes catégories d'utilisation pour l'illustration : 24% utilisent un formulaire maison sur l'ensemble de leurs services, 33% des établissements répondants à cette question utilisent des formulaires maison uniquement pour le département de la pharmacie, 16% des établissements répondants à cette question utilisent un formulaire maison pour leur personnel (ressources humaines) et 7% pour les déclarations de vols. Dans ces deux derniers cas, il s'agit plutôt des rapports de Santé et Sécurité au travail ou les rapport de Sécurité. Les autres sont regroupés sous le terme générique « autres ». Il s'agit de « vol », « services d'entretien, services auxiliaires et pour les incidents qui n'impliquent par les résidents », « inhalothérapie, accueil-archives, audiologie orthophonie, laboratoire, microbiologie, médecine nucléaire », « CLSC », « DSP des services de réadaptation et du service santé », « soins infirmiers », « contention - plaie de pression », « services de jour », «service résidentiel, services socioprofessionnels ».



Graphique 10 : Utilisation d'un formulaire maison par type d'événement

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

De nombreux établissements demandent pour certains cas qu'un rapport complémentaire soit rempli par l'infirmière en chef de l'unité. Ce rapport peut être fait 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.

Seulement 24 établissements (un peu moins de 10%) nous ont répondu qu'ils en utilisaient un en plus du AH-223 ou de leur formulaire maison. Parmi ceux qui en utilisent un, prés de 30% d'entres eux ont également un formulaire maison. Les rapports complémentaires sont le plus souvent utilisés pour des analyses post-chutes ou pour les erreurs de médicaments. De manière générale, ils sont utilisés uniquement lorsque l'événement est grave. Le tableau suivant illustre dans quel type d'établissement sont le plus souvent utilisés les rapports complémentaires :

Mission de l'établissement	CHSGS	CHU	CHSLD	CLSC	CJ	CR	Institut	Centre de santé	autres
Nombre d'établissement utilisant un rapport complémentaire	6	2	9	4	0	0	0	2	1
Nombre total d'établissement ayant répondu au questionnaire	43	6	94	53	7	13	4	19	15
Pourcentage d'établissement qui utilise un rapport complémentaire (par rapport au nombre total d'établissements répondants par mission)	14%	33%	10%	8%	0%	0%	0%	11%	7%

Tableau 7 : Nombre d'établissements par mission utilisant un rapport complémentaire

On s'aperçoit clairement que ce sont de nouveau les CHU qui utilisent majoritairement un rapport complémentaire (tout comme c'était déjà les Chu qui utilisaient le plus un formulaire de déclaration maison). D'autre part, on note que ni les centre jeunesse, ni les centre de réadaptation, ni les instituts n'utilisent de rapport complémentaire

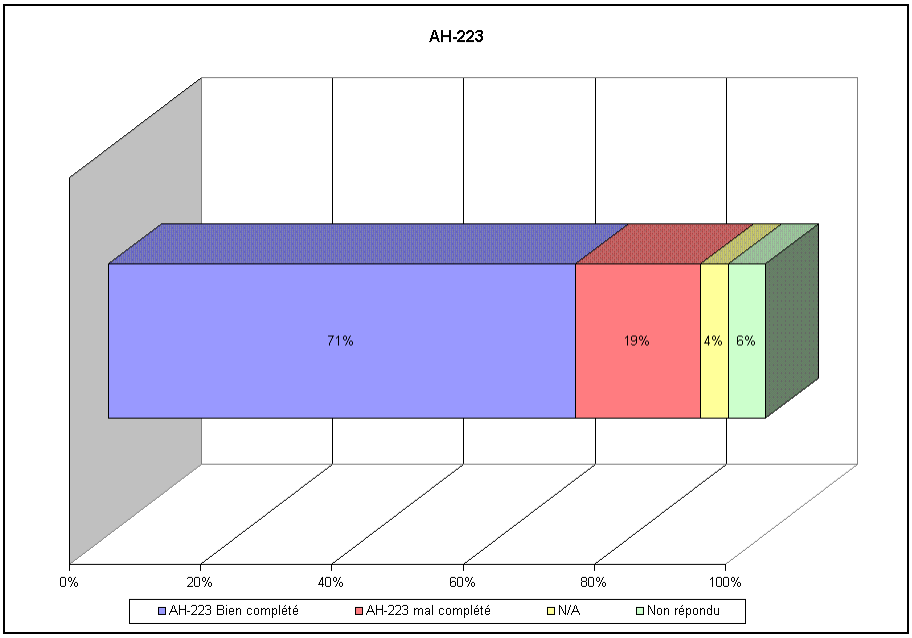
3.2.3 Le formulaire est-il bien complété?

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 fournis par l'AHQ est que beaucoup d'entre eux sont assez mal écrits, parfois illisibles, incohérents ou visiblement incomplets. 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'usager 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.

Dans le questionnaire, une question spécifique était posée sur ce point. Dans l'ensemble, il s'avère que les AH-223 sont bien complétés (pour 71% des établissements ayant répondu a la question, N=180). Par contre, environ 20% des établissements (N=48) estiment que le formulaire de déclaration AH-223 est mal complété.



Graphique 11 : Taux de formulaire de déclaration bien complété

3.2.4 Saisie informatisée

À notre connaissance, en centre hospitalier (CH) les formulaires sont très rarement voir jamais complétés directement sur un support informatique par la personne qui déclare. Les rapports (AH-223 ou autres) sont la plupart du temps rédigés à la main. La saisie informatique est faite par une autre personne pour compiler les données 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 CHSLD. Certains rapports ont été saisis directement à l'aide de SICHELD. Ces formulaires informatisés lorsqu'ils sont imprimés 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).

3.3 Suivi des formulaires de déclaration et compilation

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 hospitaliers qui gèrent d'une façon active les rapports le font à travers la direction des soins infirmiers (DSI). Lorsqu'un

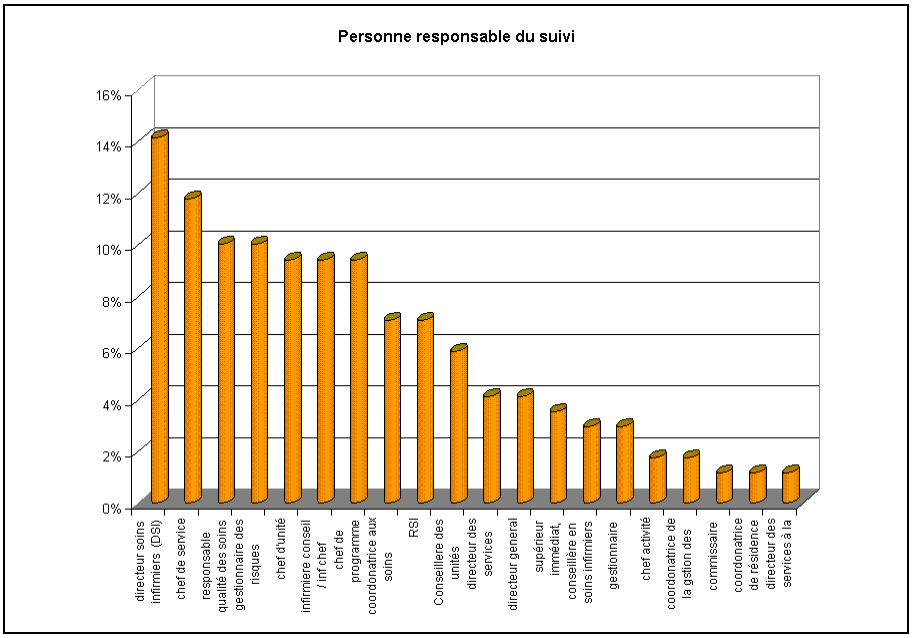
incident ou accident implique deux services, il y a dans certains cas une communication entre les responsables des services impliqués ou à un niveau supérieur entre les directions correspondantes (DSI-DSP par exemple). La structure de gestion des rapports AH-223 varie grandement d'un établissement à l'autre. La gestion des événements et la mise en place de mesures correctives sont parfois faits dans certains établissements au niveau de l'unité.

La question 8 adressait ce point : "Y a-t-il une personne en charge de faire le suivi des formulaires ? Si oui, quelle est sa fonction? Quel type de suivi est fait ? ». La plupart des organismes ont indiqué que les données recueillies sont examinées. 90% des établissements font un suivi des formulaires accidents / incidents (2% des établissements n'ont pas répondu à la question, 6% ont répondu qu'il ne faisait pas de suivi et 2% ont répondu n/a). Toutefois, les personnes chargées de les examiner varient d'un établissement à l'autre selon le type de données.

3.3.1 Le suivi des formulaires

Fonction de la personne qui fait le suivi

Pour ces 90% d'établissements qui font un suivi, voyons donc quelle est la fonction occupée par la personne en charge. Les pourcentages qui figurent sur le graphique, sont exprimés par rapport au 90% des établissements (ce qui représente 228 établissements) qui ont répondu OUI à la question du suivi. Nous n'avons retenu que les 17 plus grandes catégories de responsable du suivi des formulaires pour l'illustration, les autres ne représentant qu'au maximum 1% des fonctions citées. Il s'agit de « commissaire », « coordonnatrice de résidence», « directeur des services à la clientèle », « cadre », « directeur de service de réadaptation», « directeur des finances», « responsable de l'unité de vie », « responsable des soins», « Responsable RH », « TRP - ergo – INF »



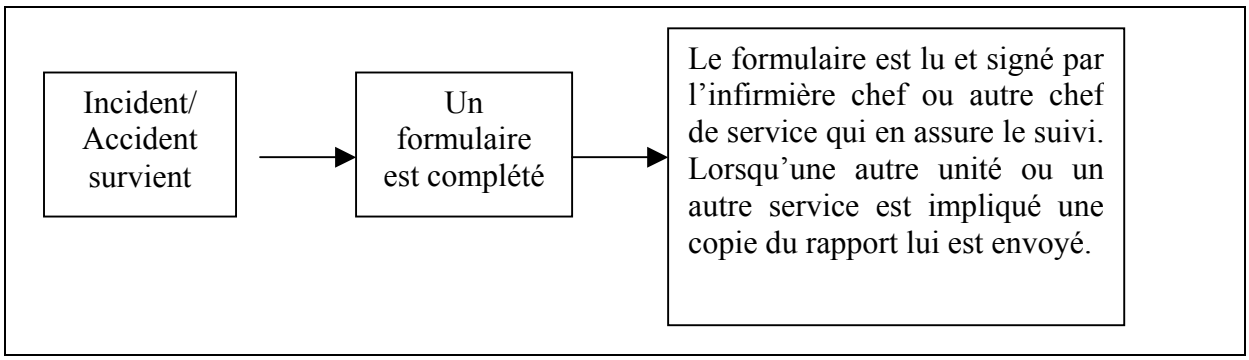
Graphique 12 : Personne responsable du suivi

Quel type de suivi est fait ?

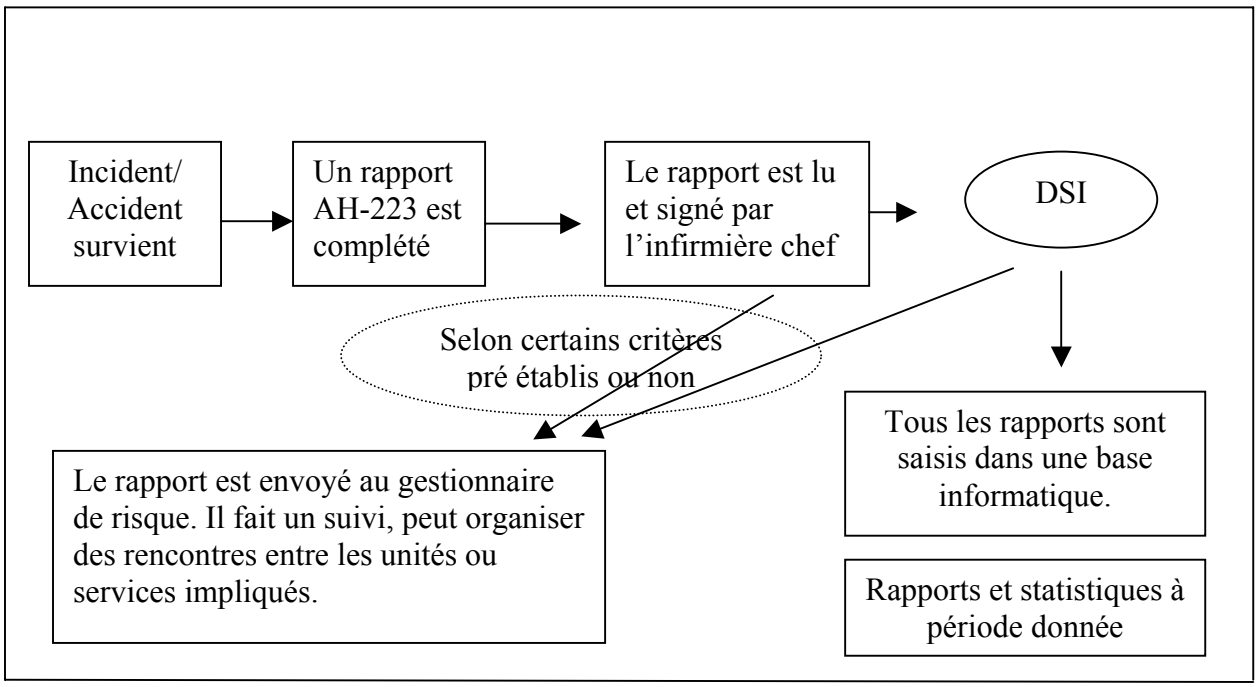
Environ un tiers des établissements qui font un suivi, font une analyse des formulaires de déclaration et émettent des recommandations en regard à ceux-ci. Environ un sixième des établissements qui font un suivi mettent en place des mesures correctives, compilent les rapports et effectuent un suivi auprès de l'infirmière ou de l'employé impliqué. Il est intéressant de noter que pour 1% d'entres eux, les procédures de suivi ne sont pas encore mises en place, mais elles sont en élaboration. De nombreux commentaires libres portaient sur la « *production de rapport de synthèse* ». Les résultats ne montraient tout de même pas clairement la façon dons les données étaient utilisées afin de prévenir d'autres incidents ou de mettre sur pied des projets d'amélioration de la qualité.

Exemples de suivi 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 suivi 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 suivi 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 13 : Gestion « locale » au niveau de l'unité



Graphique 14 : 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

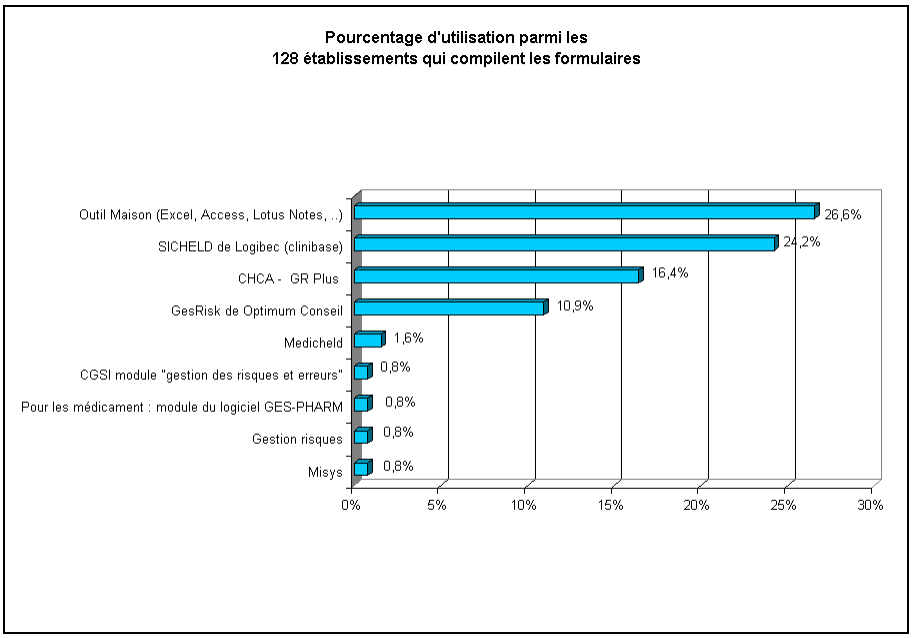
Nous avons demandé aux établissements s'il faisait actuellement une compilation informatisée des données contenues dans les formulaires de déclaration et si oui avec quel logiciel. Plusieurs établissements ont une base de données des incidents/accidents. Pour la saisie et le traitement statistique, certains utilisent **un logiciel acheté** ou **ont développé leur propre logiciel de gestion de base de données**.

D'après notre questionnaire, 52 % des établissements ayant retourné leur questionnaire utilisent un outil informatique pour la compilation de l'information qui est contenue dans les formulaires contre 46% qui ne font pas de compilation informatisée (1% de non-réponse et

1% n/a). Les autres compilent « à la main » en comptabilisant dans des tableaux certaines données uniquement. 16,5% des établissements utilisant un logiciel pour la compilation de leurs formulaires n'ont pas précisé le logiciel utilisé. Certains établissements utilisent les systèmes automatisés de collecte de données, comme le logiciel SICHELD pour les CHSLD.

Les logiciels utilisés pour la compilation

Le graphique suivant propose l'éventail des logiciels utilisés par les établissements.



Graphique 15 : Les logiciels utilisés pour la compilation des données contenues dans les formulaires de déclaration

Nous constatons que plus du ¼ des établissements compilant les formulaires ont un outil maison utilisant Excel, Access, Lotus Notes ou autres. ¼ des établissements utilisent le logiciel SICHELD de Logibec. Cependant, ce logiciel a été spécialement développé pour les CHSLD. Dans le cas de notre enquête, sur les 94 CHSLD qui ont répondu, 55 compilent informatiquement leur formulaire de déclaration et parmi eux 24 utilisent SICHELD. 31 établissements utilisent SICHELD parmi les 128 établissements en question. Les logiciels du marché, à savoir *GR-Plus* de CH-CA ou *Gesrisk* sont utilisés par 27,3% (N=35) des établissements qui compilent les données des formulaires, ce qui correspond uniquement à 13,8% du total des 253 répondants.

Si nous allons plus, loin, essayons d'identifier les facteurs qui expliquent que certains établissements ne compilent pas informatiquement les données des formulaires AH-223. On constate par ce tableau que le nombre d'établissements qui compilent leurs données varie beaucoup en fonction de la mission des établissements. En effet, les CHSGS sont les types d'établissements qui font le plus de compilation, alors que le taux de non-compilation des données pour les CLSC atteint 77%.

Mission	Nombre de répondants	Nombre d'établissements qui ne compilent pas	Pourcentage d'établissements qui ne compilent pas
CHSLD	94	39	41%
CHSGS	43	13	30%
CLSC	53	41	77%
Autres établissements	63	32	51%

Tableau 8 : Relation entre la mission de l'établissement et la compilation des données des formulaires de déclaration

Voyons maintenant de façon descriptive si nous pouvons trouver une relation entre la taille (capacité au permis) de l'établissement et le fait que les établissements compilent les données des formulaires de déclaration.

Capacité au permis	Nombre de répondants	Nombre d'établissement qui ne compilent pas	Pourcentage d'établissements qui ne compilent pas
<100 lits	43	15	35%
100 lits < X < 300 lits	66	39	59%
300 lits < X < 500 lits	34	29	85%
> 500 lits	55	46	84%

Tableau 9 : Relation entre la taille de l'établissement et la compilation des données des formulaires de déclaration

Comme nous pouvons le constater dans le tableau précédent, il y a une nette relation entre la taille de l'établissement et le fait qu'il compile les données des formulaires : plus l'établissement a une capacité au permis élevé, plus il compile les données des formulaires de déclaration. On constate également qu'à partir de 300 lits, il n'y a plus de changements dans la proportion d'établissement qui compilent leurs données (NB : les résultats qui figurent dans ce tableau regroupent 195 établissements).

La compilation des données en pratique

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*. 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 établissement à l'autre.

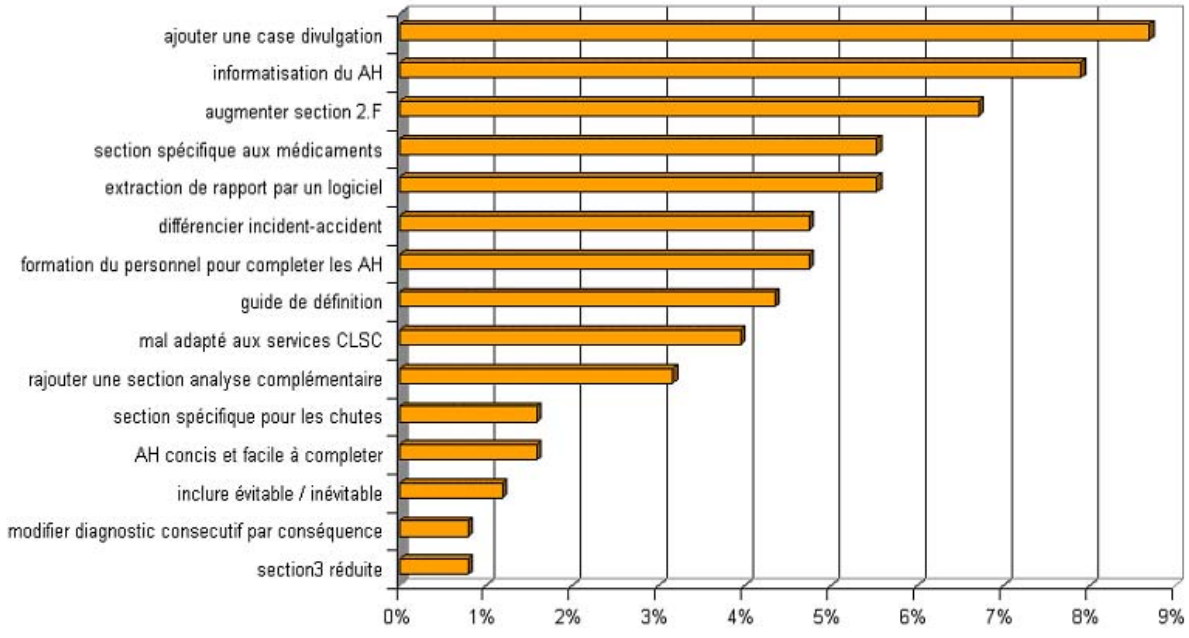
Dans l'un des établissements, on a observé que seulement certaines sections du rapport d'incident/accident étaient compilées. Par exemple, les *mesures prises* (l'administration d'un

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'usager, le département, l'employé, l'infirmière, le médecin, la 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.

3.5 Commentaires et suggestions sur le formulaire AH-223 exprimés par les établissements

La dernière question de l'enquête cherchait à connaître les commentaires et suggestions des établissements par rapport au formulaire AH-223. Ainsi, plusieurs critiques ont été émises et des améliorations ont été proposées. Il s'agit soit de remarques précises sur les changements à apporter au formulaire (ces remarques seront reprises dans la suite du rapport lors de l'analyse section par section du formulaire) ou soit des remarques plus générales. Voici un aperçu des différentes suggestions (le pourcentage indiqué représente le taux d'établissements qui nous ont fait part de ces remarques) :



Graphique 16 : Principaux commentaires et suggestions exprimés par les établissements

Nous allons reprendre les différentes suggestions sans les commenter ni donner notre point de vue. Il s'agit d'opinion exprimée par les établissements.

Les répondants souhaiteraient :

- pouvoir spécifier sur le formulaire de déclaration si une **divulgation** a été faite : à qui, par qui et à quel moment ;

- avoir une **version informatisée du formulaire de déclaration** (saisie et compilation)

- avoir **plus d'espace pour décrire les faits** à la section 2F ;

- avoir des **sections spécifiques** plus détaillées selon les types d'événements : **médication et chutes** (certains ont même précisé qu'ils souhaiteraient des formulaires différents) ;

- pouvoir extraire les rapports à l'aide d'un **logiciel pour la compilation** (il s'agit essentiellement des CHSLD qui utilisent SICHELD pour la saisie des rapports d'accidents et qui ont du mal à extraire les données pour les analyser).

- pouvoir **spécifier s'il s'agit d'un accident ou d'un incident** (ils proposent de rajouter une case à cocher en haut du formulaire pour incident et accident

□ INCIDENT □ ACCIDENT

- **former le personnel** pour compléter le AH-223

- avoir un **guide de définitions** avec plus d'exemples (missions)

- avoir une **section analyse complémentaire**

- que le nouveau rapport de déclaration soit concis et facile à compléter

- pouvoir **inclure inévitable / évitable**

- **modifier diagnostic consécutif pour conséquence**s et pouvoir spécifier de façon "standardisée" la gravité (ex. CRITERES NCC MERP)

- **réduire la section 3**

La plupart des CLSC et CJ qui ont répondu à cette question ont spécifié **que le formulaire actuel AH-223 n'était pas adapté à la mission sociale et communautaire**. Lors de nos rencontres avec les professionnels, nous avons remarqué que ce sentiment était partagé. Ils souhaiteraient avoir une section spécifique pour leur mission dans OBJET et se retrouver dans les autres sections (en rajoutant des champs spécifiques). Par exemple dans la section 1.ENDROIT, ils devraient cocher le plus souvent *Autre*.

4. Le formulaire de déclaration AH-223 : analyse du contenu

Le formulaire AH-223 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 numéroterons cette section 0) et sur l'usager (carte d'hôpital). Les deux dernières sections, 9 et 10, n'apparaissent pas sur la copie mise au dossier de l'usager.

Section « 0 » : Informations Générales

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 PREALABLE
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).

Nous allons tout d'abord faire des remarques générales complémentaires sur le contenu du formulaire AH-223 (voir aussi 3.5) puis nous l'analyserons section par section. Pour chaque section :

(1) nous présenterons la section et les explications du guide et l'information recherchée selon le guide de formation et d'utilisation ;
(2) nous regarderons comment les personnes complètent le formulaire et nous ferons part des remarques et commentaires faites sur ces différentes sections dans le questionnaire CIRANO.
(3) nous proposerons des modifications de contenu (voir annexe 5.1)

4.1 Remarques générales complémentaires sur le formulaire AH-223

- Il manque des choix de réponses pour les sections existantes (ex. 1.ENDROIT ; 2.B Médication)
- Il manque un choix de réponses pour certaines missions ou certaines spécialités ou departements (ex. 2.OBJET : Evénements reliés aux services psychosociaux : Violence verbale / physique, Menace de mort , Décompensation à caractère psychotique, Négligence parentale, Bris de confidentialité, Non retour de sortie / Disparition, Saisie d'arme/de drogue,...)
- Certains termes sont confus (ex. 3A). Il faut clarifier certains termes utilisés dans le formulaire.
- Certaines sections ne sont jamais complétées ou mal complétées (ex. 3A)
- Il faudrait plus de copies du formulaire (pour les autres services impliques,…) mais ne plus utiliser de carbone ou meilleure qualité
- Il faudrait inclure des éléments d'analyse
- Il faut un guide avec des exemples (pour toutes les missions)

4.2 Analyse section par section

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'ETABLISSEMENT : _____

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 formulaires examinés, cette section est laissée vide ou une abréviation est utilisée.

➢ Le nom de l'établissement devrait apparaître de façon automatique sur le formulaire.

- **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 ou un visiteur est impliqué, par exemple dans le cas d'une agression envers l'employé.

- **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. Nous l'avons donc enlevée du formulaire proposé.

- **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 mais de la date de l'événement ou la date de la découverte. Comme cela peut être des dates différentes, il nous a été proposé de bien les séparer. Nous avons donc deux champs à remplir : DATE ET HEURE DE LA DETECTION et DATE ET HEURE DE L'EVENEMENT.

- 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 demander que l'heure soit écrite sur 24 heures (3 :15 s'écrit 15 :15).

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 pathologie[7].

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

- Nous pensons qu'il faudrait déterminer dans quels cas ces renseignements doivent être complétés et donner des recommandations dans le guide en cas de déclaration d'un incident.

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
Salles :

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

Accueil	☐	Escaliers	☐	à manger	☐	de réveil	☐
Ascenseurs	☐	Laboratoires	☐	collective	☐	de thérapie	☐
Chambre	☐	Local/sport	☐	d'isolement	☐	d'examen	☐
Corridor	☐	Stationnement	☐	d'opération	☐	de cours/atelier	☐
Cour	☐	Terrain	☐	de bain/toilette	☐		
Préciser (Unité / département, etc…) : _____							
Autre endroit : ……..….☐							

Cette section vise à d'identifier l'endroit spécifique relatif à l'incident/accident. Il n'est cependant **pas clair de quel lieu il s'agît** : 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'usager 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'usager 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. Pour éviter toute confusion, nous avons demandé de spécifier de fa^con directe : le LIEU DE DETECTION et le LIEU DE SURVENANCE DE L'EVENEMENT. Nous proposons une case dans ce second cas : MEME ENDROIT QUE LA DETECTION.

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, certain fonctionnant avec des programmes, d'autres avec des services,… Cette information non standardisée peut être difficile à codifier.

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 réponses, 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.

Pour certains établissements, les lieux proposés actuellement ne sont presque jamais les lieux qui correspondent à leur accident. Il faudrait rajouter des propositions.

Regardons la pertinence de chacune des options proposées actuellement dans cette section sur le formulaire AH-223. Même si l'utilisation d'une version informatisée avec menus déroulants permet d'avoir une facilité pour ajouter des choix, il ne faut pas non plus surcharger les menus déroulants (cela découragerait les personnes qui déclarent).

- **Accueil :**

  Le nombre d'incidents et accidents qui surviennent à cet endroit semble faible. 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 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 et où se remplissent certaines 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 de l'ascenseur. Cela pourrait être mis dans AUTRE.

- **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'usager refuse qu'on lui fasse une prise de sang (SERVICES CLINIQUES/SOINS)
2) La médication de l'usager n'est pas administrée par la voie prescrite. (MÉDICATION)
3) L'usager fait une chute de son lit (CHUTE)
4)L'appareil respiratoire ne fonctionne pas (ÉQUIPEMENT/MATÉRIEL)
5) L'usager 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. Tout incident ou accident à y survenir pourrait être mis dans AUTRE.

- **Laboratoires :**

Cette option doit être mise. Il s'agit actuellement du seul lieu en périphérie de l'usager inclut 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 soins 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. Nous suggérons de le mettre dans autres.

- **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. Nous suggérons de le mettre dans autres

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

- Étant donné que l'on ne souhaite pas surcharger le nombre de choix de réponses, nous croyons que certaines des options actuellement sur le AH-223 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'usager. 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'usager et cela peut aussi entraîner des retards dans les traitements. Un exemple d'accident en lien direct avec l'usager 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.

- Il serait pertinent de rajouter des lieux spécifiques aux missions sociales et communautaires (à définir).

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	☐	Fugue	☐
Consentement	☐	Identification	☐
Décompte (compresses/instruments)	☐	Refus de traitement	☐
		Déclaration /retard	☐
Autre :.....	☐		

- **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'usager 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'agît 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. Ces deux options pourraient être regroupées.

- **Report /retard :**

Sans raison connue, et si un risque quelconque de dommage ou de réclamation existe, la déclaration 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 formulaire 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 déclarer par le processus habituel une infection si celle-ci est due à un accident.

- L'intitulée de la section a aussi été remis en cause, plusieurs propositions ont été faites par les établissements. Nous avons retenu : *prestation de soins et de services qui est un intitulé plus général.*

- Il serait pertinent de rajouter dans cette section objets spécifiques aux soins a domicile et des objets spécifiques aux services sociaux.

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	☐
Identification de l'usager	☐
Médicament	☐
Posologie	☐
Voix d'administration	☐
Autre :	☐

Identification du médicament :

Les incidents/accidents reliés à la médication sont parmi les plus 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.

- **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 ou des médicaments 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 avons rajouté des renseignements sur le circuit du médicament pour que la personne qui déclare identifie si possible l'étape du circuit concerné. Cela n'est pas obligatoire.

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	☐
Lit	☐
Civière	☐
En circulant	☐
Trouvé par terre	☐
Autre :_____	☐

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'usager 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'usager est trouvé par terre. Le AH-223 ne permet pas de cocher l'endroit (chaise, lit, civière) où était l'usager 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. Nous avons rajouté un menu deroulant pour chacun des cas.

Nous avons aussi rajouté dans cette section l'information sur le lit qui se trouvait à la section 3 du AH-223.

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☐
Disponibilité ☐
Fonctionnement ☐
Stérilité ☐
Autre_____☐
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 laissent croire que ce genre d'incident est rare. Nous pensons qu'il pourrait aller dans Autre.

- **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
☐ Fonctionnement ☐ Bris ☐ Stérilité ☐ Autres _____ Identification et N° d'inventaire, le cas échéant : _____

2-E Divers

Section 2.E du rapport AH-223

E. Divers			
Agression	☐	Incendie	☐
Automutilation	☐	Inondation	☐
Bris de matériels/objets pers.	☐	Tentative de suicide	☐
Disparition de matériel Objets pers.	☐	Autre :	☐

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 formulaires maison sécurité.

- **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'usager qui 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 :**

Evénement relié à un feu.

- **Inondation :**

Evénement 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'usager 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 certains objets de cette section pourrit être mis dans une section SECURITÉ qui regrouperait tout ce qui concerne les agressions, automutilation, tentative de suicide,... La FUGUE devrait être mis dans cette section là. Même si cet événement peut être relié aux services cliniques, les personnes complétant le rapport le mettent systématiquement dans divers. Cette section SECURITÉ reprend un certain nombre des objets que l'on trouve sur les formulaires spécifiques pour les missions sociales (menace verbale,...).

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 peu remplies (surtout dans les missions autres que les CH). De nombreuses personnes trouvent cette section difficile a remplir, les termes sont confus et la plupart des informations (si pertinentes) se trouvent déjà dans la description des faits. Nous allons faire des commentaires sur les éléments de cette section mais nous l'avons enlevée dans la proposition.

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 :	

3-B Capacité de déplacement

B. Capacité de déplacement	
Autonomie totale	
Autonomie partielle	
Dépendance totale	

- **Autonomie totale :**

L*e 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 ☐ Étroite ☐ Continuelle☐

- **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.

- **Continuelle :**

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

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.) Préciser :.....	☐
Altérations physiologiques (drainage, trachéo) Préciser :	☐
Autre :.....	☐

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…	☐ .....
Contention, type :	☐ .....
Autre (particularité) :.....	☐

Comme la section précédente, elle n'est informée que dans les cas ou 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	☐	Position baissée	☐
Freins enclenchés	☐	Freins non-enclenchés	☐
Ridelles levées :	gauche ☐	droite ☐	

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. Nous avons donc déplacé cette information dans la section 2-C CHUTES.

4.2.6 Section 4. Mesures prises

4. MESURES PRISES

A. Description brève des gestes posés

B. Personnes avisées			
nom	titre	Heure	Visite faite ☐

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 posées pour prévenir un événement à risque sont rarement décrits[8]. 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. On pourrait laisser la possibilité de décrire si besoin.

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

Aucun geste requis :	Il s'agit d'un accident mais aucun geste n'est nécessaire. Par exemple dans le cas ou une dose supplémentaire d'antibiotique est administrée, aucun geste n'est requis.
Surveillance augmentée :	On augmente la surveillance de l'usager, 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'usager.
Administration d'un antidote ou d'un médicament temporaire, pour stabiliser la situation	
Chirurgie :	on doit opérer ou réopérer pour corriger une situation du à l'accident
Réanimation :	des manœuvres de réanimation doivent être effectuées sur l'usager suite à l'accident
Transfert autre département :	Suite à l'accident l'usager doit être transféré dans un autre département ou unité. Par exemple, un patient en soins longue durée peut devoir être transféré en réadaptation suit à une chute entraînant une fracture de la hanche.
Transfert autre établissement :	Certains établissements ne sont pas équipés pour traiter certaines conditions et un usager peut devoir être transféré suite à un accident.

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

[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.

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.

Cette section est pertinente et permet aussi de juger de la gravité de l'incident ou accident.

- Nous pensons que le formulaire devrait permettre de noter les modifications apportées aux ressources en personnels suite à l'événement, en plus des noms et des fonctions mais aussi les mesures immédiates prises pour éviter la répétition de l'événement. Nous avons donc rajouté une section *Gestion des ressources personnelles*.

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 ou les CLSC, 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'usager, sans le transcrire sur le rapport. Dans certains cas, c'est le personnel qui retranscrit le diagnostic versé au dossier de l'usager. 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'usager 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'usager (la date est souvent le même jour ou le jour d'après).

Il a été très souvent demandé dans notre questionnaire et lors des entrevues de pouvoir spécifier la gravité. Il n'est pas évident de spécifier une telle information car la personne qui déclare ne sais pas toujours quelles seront les conséquences. Toutefois dans certains elle peut juger. Comme cela est fait dans de nombreux formulaires maison nous avons rajouté une section CONSEQUENCES en demandant à la personne qui déclare d'évaluer les conséquences : Inconnu ; Sans conséquence ; Léger ; Sérieux et Grave. On pourrait spécifier dans le guide que le médecin qui fait le diagnostic consécutif pourrait corriger cette évaluation si nécessaire.

4.2.8 Section 6. Témoins identifiés

Actuellement, on doit répondre oui ou non.

6. TEMOINS IDENTIFIES
Oui ☐ Non ☐

Cela est demandé a nouveau dans la section 9 et rarement rempli dans la section 6. Certains considèrent que cette information doit figurer absolument sur la copie du patient. Nous l'avons donc laissée.

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".

7. PLAINTE PREVISIBLE
Oui ☐ Non ☐

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. Cela pourrait être précisé dans la section 9.

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 déclare 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 factuelle 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. 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 ».

Dans le questionnaire CIRANO, plusieurs personnes ont soulevé la question de qui a la responsabilité de compléter cette partie. Ils ne trouvent que cela n'est pas clair. Sur certains rapports maisons il est précisé que cette section doit être remplie par une autre personne que celle qui déclare. Prenons l'exemple d'un centre de réadaptation. Dans ce cas il y a même des gradations plus fines : section déclaration (a remplir par l'intervenant) ; section intervention (par l'infirmière ou infirmière chef) ; section mesures a prendre susceptibles d'éviter ou corriger la situation (par la DSR) ; section avis ou recommandations (par la DSP)

On propose de conserver une partie textuelle mais d'y rajouter un choix de reponses.

- 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).

- 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.

4.2.12 Autre ajout proposé par les établissements : la DIVULGATION

Dans le cadre de la nouvelle loi, les établissements ont défini les procédures relatives à la divulgation de l'événement à l'usager. Certains répondants souhaiteraient que l'on rajoute une section pour faire état de la divulgation avec par exemple la signature de l'usager lorsqu'on lui donne l'information nécessaire concernant l'accident dont il a été victime. Cette proposition ne fait toutefois pas l'unanimité car lors de rencontres organisées au CIRANO, certains établissements ont présenté leur politique de déclaration. Certains établissements ont même mis sur pied un formulaire différent uniquement pour la divulgation. Il faudrait statuer sur la question car l'interprétation de la loi semble différente selon les établissements.

4.3 Commentaires et suggestions complémentaires

- **Les données manquantes**

Lorsqu'une section n'est pas complétée, les personnes interrogées considèrent qu'il est impossible de savoir si c'est parce que la réponse est AUCUNE ou NON APPLICABLE ou parce que la personne a oublié de compléter cette section. Dans certains rapports analysés, 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. Il a été suggéré à de nombreuses reprises de rajouter une case : **Non Applicable** dans chaque section.

N/A

- **Le rôle des types de questions : choix de réponses / questions ouvertes**

Les formulaires avec choix de réponse permettent une certaine précision des faits. Certaines personnes interrogées considèrent que les questions ouvertes permettent une plus grande latitude dans la description des faits. Mais d'autres rétorquent que dans le cas où le but de la démarche est la remontée d'information, il est nécessaire de codifier cette information, donc de transformer les réponses ouvertes en choix de réponses.

MENU DEROULANT (sauf pour la description des faits)

- **La déclaration des INCIDENTS**

Si l'on veut faciliter la déclaration des presqu'accidents, il faut que la structure du rapport soit adaptée. Dans le cas d'un presqu'accident qui n'atteint pas un usager 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'événement. 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'usager. 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.

- **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.

RECOMMANDATION ANALYSE APPROFONDIE

© CIRANO 2004 - Nathalie de Marcellis-Warin

5. Propositions de révision du formulaire de déclaration (forme et contenu)

Les propositions qui vont suivre concernent les révisions du formulaire de déclaration AH-223 à la fois sur la forme et sur le contenu. Il est important d'avoir à l'esprit que **l'objectif premier est la déclaration** et que le **formulaire doit permettre de faire cette déclaration**. Il faut donc que le formulaire soit simple et facile à remplir et que les personnes qui le remplissent ne passent pas trop de temps à le faire. Il faut réussir à encourager cette déclaration. **L'objectif suivant est la compilation des données et le registre local**. Il faut donc penser tout de suite à un formulaire informatisé pour permettre cette compilation. Enfin **l'objectif final est le registre provincial**. Il faut donc que le **formulaire de déclaration soit standardisé** pour avoir une base commune qui permette une remontée des informations par champs.

5.1 Propositions de modification de la forme du formulaire de déclaration : du formulaire papier au formulaire informatisé

Comme nous le disions ci-dessus, la première révision à apporter au formulaire de déclaration est sur la forme : **il faut proposer un formulaire informatisé avec saisie directe lors de la déclaration.**

Les avantages d'une version informatisée sont multiples :

- Tout d'abord les problèmes de limitation des options pour « rentrer » dans le format du formulaire papier ne se posent plus. Il est alors possible d'avoir des menus déroulant et un grand nombre de possibilités. Selon les coches faites, des fenêtres peuvent aussi s'ouvrir (mais pas trop). On peut envisager plus d'espace pour décrire des faits (si besoin). On peut aussi envisager des **versions adaptées selon la mission de l'établissement**. Cela améliorerait de façon certaine l'utilisation du formulaire.

- D'autre part, le suivi serait automatique : si un autre service est en cause (copie immédiate à ce service), s'il s'agit d'une événement grave (copie immédiate à la Gestion des risques),...

- Enfin, la compilation serait immédiate. Il s'agit d'un point majeur dans le contexte de la nouvelle loi et de la constitution du registre local.

Il faudrait envisager que des postes se trouvent dans les unités, au poste des infirmières, par exemple et dans les différents services. La personne qui constate un événement indésirable pourrait compléter son rapport selon les mêmes règles (délai, …) qu'actuellement. Toutefois, il n'est pas évident que tout le monde soit à l'aise avec l'utilisation de support informatique. Il faudra axer la formation aussi sur ce point.

On peut aussi toujours envisager la possibilité d'imprimer une copie papier du formulaire et de le saisir à la main si nécessaire (lors des interventions en dehors des établissements par exemple, en milieu familial)[9].

[9] L'un des membres du GNAGRQ nous faisait remarquer que nous pourrions peut-être aussi envisager une déclaration par téléphone avec un système automatisé (taper 1 si....) pour les personnes se trouvant en dehors des établissements. Une fois de retour dans l'établissement la personne pourrait valider les informations.

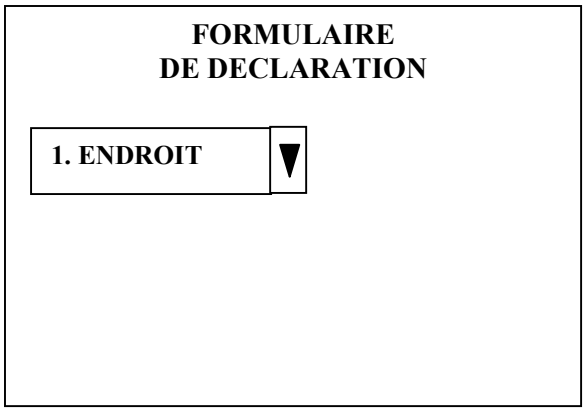
Le dernier point important à considérer est la déclaration des autres types d'incidents/accidents. En effet, comme nous l'avons précisé dans le rapport, il existe ou c'est en cours de développement un système de déclaration informatisé pour les incidents/accidents transfusionnels et pour les infections nosocomiales. Dans le but de construire un registre local qui doit contenir l'ensemble de ces incidents/accidents, il faudrait trouver un moyen d'arrimer ces différents systèmes et de **fusionner les bases de données pour constituer le registre local**. Comme le système de déclaration du sang existe déjà et fonctionne bien, il serait peut-être plus prudent de les consulter sur le plan technique avant de développer le système de gestion de la base de données des formulaires de déclaration. De plus, il pourrait s'agir d'une même entrée de déclaration pour tout (incident/accident transfusionnel, infections nosocomiales et autres types d'incidents/accidents) avec ensuite des formulaires spécifiques selon la coche faite.

5.2 Propositions de modification du contenu du formulaire de déclaration

Compte tenu des remarques et commentaires faits dans les sections précédentes du présent rapport, il est important de **modifier le contenu de l'actuel formulaire de déclaration AH-223**. Pour cela, il faut tenir compte des conclusions de notre analyse section par section, des commentaires des missions de santé, des autres services et de l'ensemble des missions. Les propositions qui vont suivre combinent à la fois les propositions de contenu (les formulaires détaillés sont mis en annexe) en étudiant la façon de les matérialiser

- **PROPOSITION 1 : UN ECRAN DE SAISIE AVEC MENUS DEROULANTS**

Il s'agit dans ce cas de proposer un formulaire de déclaration qui garde la structure actuelle par grandes sections en utilisant les menus déroulant pour les différentes options. Le formulaire de déclaration pourrait tenir sur un seul écran de saisie. Il s'agit ici d'un formulaire de déclaration général pour tous les événements déclarés dans l'établissement. Un exemple de contenu du formulaire est fourni en annexe 5.1

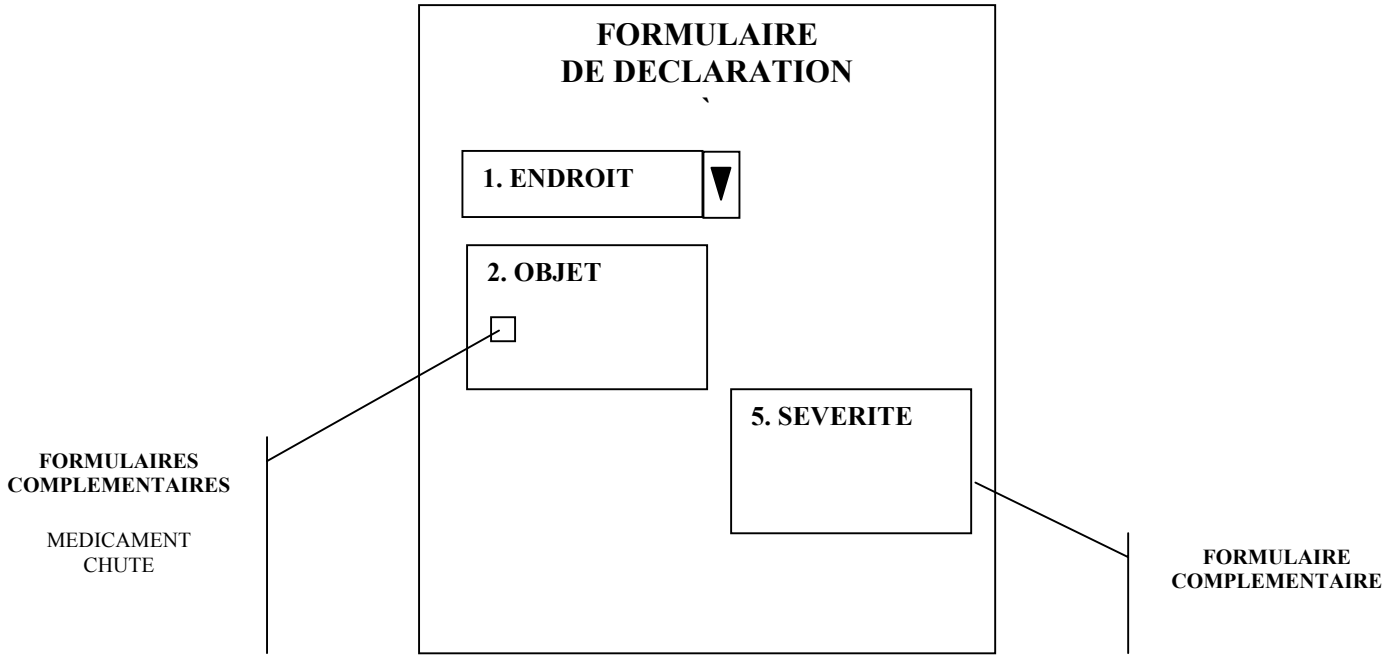


Avantages
Un seul formulaire pour tout
Assez proche dans la forme du AH-223 actuel mais avec menus déroulants

Inconvénients
Difficile de concilier l'ensemble des souhaits des établissements => va rester général

- **PROPOSITION 2 : UN ECRAN DE SAISIE AVEC DES FENETRES QUI S'OUVRENT POUR CERTAINES OPTIONS**

Il s'agit ici de reprendre le formulaire de la proposition 1 mais d'y ajouter des fenêtres qui s'ouvriraient pour certains cas. Ces fenêtres seraient composées de fiches de déclaration complémentaires. Cela pourrait être par exemple pour les chutes et les médicaments ou dans le cas d'accident grave. Si l'on imprime cela fait 2 documents et seul le 1er est mis au dossier du patient (on pourrait imaginer que lorsque l'on imprime le formulaire seule la partie 1 s'imprime). Cela pourrait être optionnel et seuls les établissements qui le souhaitent pourraient activer ces fiches complémentaires. Il s'agirait d'un début d'analyse. Cela pourrait fonctionner comme suit : la première page du formulaire de déclaration pourrait être remplie par la personne qui déclare. La seconde page pourrait être complétée par le chef d'unité (ou une autre personne à déterminer). Cela pourrait aussi être fait à deux moments différents dans le temps. Un exemple de contenu du formulaire complémentaire médicament est fourni en annexe 5.2.



Avantages

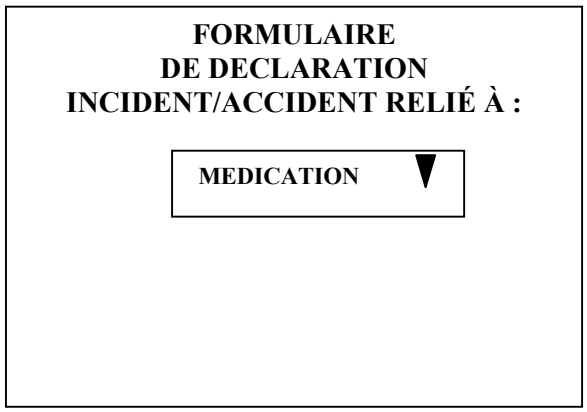
Un seul formulaire pour tout mais possibilité de compléter la déclaration pour certains événements (ex. médication - chutes)

Inconvénients

Difficile d'avoir des documents complémentaires uniquement pour certains types d'événements. Cela voudrait dire avoir deux formulaires papier et un seul au dossier du patient

- **PROPOSITION 3 : UN ECRAN DE SAISIE PRINCIPAL AVEC DES CHOIX D'OBJETS A COCHER**

On aurait dans ce cas un premier écran avec des choix d'objets à cocher. Selon l'objet coché, un formulaire spécifique s'ouvrirait. On imprime un seul document mais cela revient à avoir plusieurs formulaires papier. On pourrait envisager trois types de choix : MEDICAMENTS, CHUTES et AUTRES INCIDENTS/ACCIDENTS EVITABLES. Pour le cas des médicaments, il s'agirait de l'option 2 avec un seul formulaire (cela n'empêcherait pas que les deux parties du formulaire soient remplies par deux personnes différentes).



Remarque : Si cette proposition est retenue, on pourrait envisager d'arrimer la déclaration des erreurs de médication avec l'outil de déclaration de ISMP Canada (voir annexe 5).

Avantages
Les formulaires spécifiques sont parfaitement adaptés aux événements déclarés. Il est très facile de différencier les formulaires à utiliser en cochant l'objet parmi les 3 choix.

Inconvénients
Alourdi la formation et augmente le nombre de documents dans l'établissement.

© CIRANO 2004 - Nathalie de Marcellis-Warin

6. Recommandations du rapport

Nous allons faire des 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 (forme et contenu). Les recommandations sont regroupées ci-dessous en 3 catégories distinctes : le formulaire de déclaration, la constitution du registre local et le contenu de la base de données procinciale.

6.1 Le formulaire de déclaration

Recommandation 1 : Il faudrait s'assurer que le processus de déclaration des incidents et accidents soit simple et que le formulaire de déclaration soit convivial et facile d'utilisation. (objectif = faciliter la déclaration).

Recommandation 2 : Il faudrait utiliser un formulaire de déclaration informatisé qui permette une saisie immédiate de la déclaration et faciliterait ainsi la compilation.
- Il faudrait s'assurer qu'il y ait compatibilité avec les systèmes informatiques en place.
- Il ne faudrait pas surcharger les menus déroulants (cela découragerait les personnes qui déclarent).

Recommandation 3 : Il faudrait modifier le contenu de l'actuel formulaire de déclaration AH-223 pour qu'il corresponde plus aux attentes des établissements (voir propositions de contenu section 5)

Recommandation 4 : Il faudrait avoir un formulaire électronique adapté selon la mission de l'établissement (CJ, CLSC, CR en déficience intellectuelle), sans changer la structure générale mais ajouter ou enlever des champs.

Recommandation 5 : Il faudrait consulter les Centres Jeunesse et les CLSC qui sont en train de définir les champs spécifiques à leur mission sociale et communautaire (travaux en cours) pour compléter les champs leur correspondant.

Recommandation 6 : Il faudrait clarifier à nouveau les définitions contenues dans la loi et que tout le monde les utilise de la même façon pour permettre une uniformisation des déclarations. Le nouveau guide d'utilisation accompagnant le nouveau formulaire de déclaration devrait donner différents exemples.

Recommandation 7 : Il faudrait proposer des séances de formation et inciter les établissements à former l'ensemble des personnes oeuvrant au sein de l'établissement à l'utilisation du formulaire de déclaration (les médecins et autres professionnels ainsi que les employés des services autres que les unités de soins et tout autre intervenant).

Recommandation 8 : Il faudrait trouver une façon conviviale d'imprimer à partir des versions informatisées des formulaires vierges qui pourraient être remplis à la main si nécessaire. Par exemple on pourrait envisager d'imprimer sur une page à part une liste de codes qui correspondrait aux menus déroulant.

Recommandation 9 : Si la proposition de contenu avec des formulaires spécifiques est retenue (avec un écran de saisie et des formulaires spécifiques), il pourrait être envisagé d'arrimer la déclaration des erreurs de médication avec l'outil de déclaration de ISMP Canada (voir annexe 5). Il faudrait étudier cette possibilité.

6.2 Mettre sur pied le registre local

Recommandation 10 : Il faudrait utiliser le même formulaire de déclaration dans l'ensemble des établissements du réseau ou au moins une base minimum commune prédéfinie de champs pour une uniformisation des registres locaux en vue de la remontée d'information au niveau provincial.

Recommandation 11 : Le registre local devrait contenir l'ensemble des formulaires de déclaration d'incidents et d'accidents de l'établissement (ce qui comprend entre autres les incidents/accidents transfusionnels et infections nosocomiales).

Recommandation 12 : Il faudrait arrimer les registres de déclaration existants dans les établissements (incidents/accidents transfusionnels + infections nosocomiales) et avoir un SEUL registre local pour TOUS les incidents/accidents survenus dans l'établissement. La gestion du registre pourrait être partagée entre différentes entités dans l'établissement. Une rencontre avec le secrétariat du système du sang est recommandée

Recommandation 13 : Le registre local pourrait contenir des informations sur les résultats des analyses approfondies effectuées mais il faut laisser cela optionnel et au choix des établissements.

Recommandation 14 : Il faudrait spécifier des champs obligatoires dans le formulaire de déclaration qui seraient les champs transmis a la régie régionale. Aucune donnée des analyses approfondies effectuées ne devrait être transférée dans un premier temps.

Recommandation 15 : Il faudrait définir le mécanisme de circulation de l'information entre le registre local, le registre régional et le registre provincial.

6.3 Déterminer le contenu de la base de données provinciale

Recommandation 16 : Il faudrait déterminer le contenu du registre provincial.

Recommandation 17 : Le registre provincial ne devrait contenir aucune information permettant d'identifier les patients et les établissements.

Recommandation 18 : Le registre provincial devrait contenir au minimum les champs OBJET (avec tous les sous-champs dont le nom du médicament) , MESURES PRISES ET CONSEQUENCES.

Recommandation 19 : Le registre provincial devrait être analysée de façon continue pour pouvoir intervenir rapidement. En cas d'alerte (exemple : trois déclarations avec consequences graves impliquant le même médicament), le MSSS devrait demander aux régies de retracer les événements et d'obtenir des informations complémentaires.

© CIRANO 2004 - Nathalie de Marcellis-Warin

GRAPHIQUE GESTION LOCALE

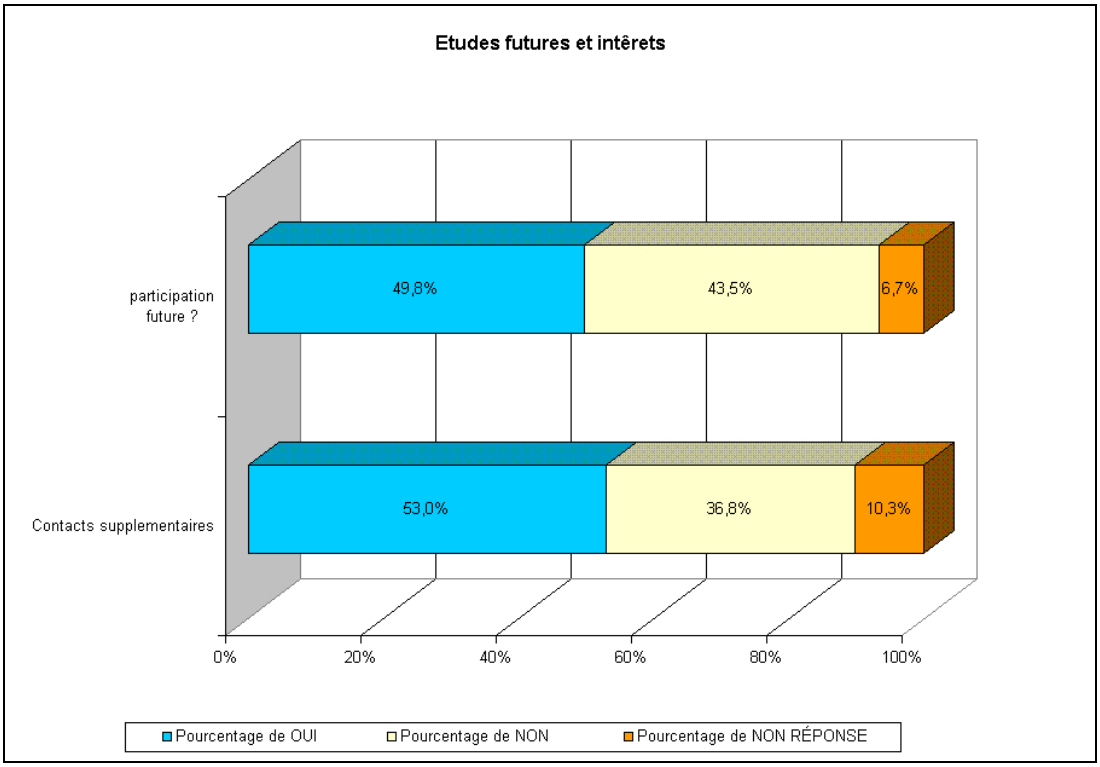
Conclusion et étapes suivantes

Nous avons décrit dans le présent document la situation actuelle de déclaration des incidents/accidents dans les établissements du réseau. 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 à 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.

Les deux premières questions posées dans notre enquête cherchaient à savoir si les établissements souhaiteraient participer plus directement au processus de révision du AH-223.

Souhaiteriez-vous que notre équipe vous contacte concernant cette étude ? □ Oui □ Non Souhaiteriez-vous participer aux études pilotes du nouveau formulaire et/ou de la grille d'analyse approfondie ? □ Oui □ Non

Nous avons constaté qu'environ 50% des répondants étaient d'accords pour participer au test du nouveau formulaire et/ou de la grille d'analyse approfondie.



Graphique 17 : Etudes futures et intérêt

ANNEXES

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

ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE CIRANO : REVISION DU FORMULAIRE AH-223

ANNEXE 3 : EXEMPLE DE RAPPORT AH-223 INFORMATISE IMPRIME

ANNEXE 4 : EXEMPLES DE RAPPORTS AH-223 MODIFIES OU RAPPORTS MAISON UTILISES DANS CERTAINS ETABLISSEMENTS

ANNEXE 5 : PROPOSITIONS DE CONTENU POUR LE FORMULAIRE DE DECLARATION

5.1. FORMULAIRE DE DECLARATION INCIDENT/ACCIDENT

5.2 FORMULAIRE DE DECLARATION MEDICAMENTS

5.2.0 Propositions

5.2.1 Exemple POINT 2-B MEDICATION

5.2.2 Classification erreurs de médication NCC-MERP

5.2.3 ISMP

5.3 FORMULAIRE DE DECLARATION CHUTES

ANNEXE 6 : EXTRAITS DE LA LOI 113

© CIRANO 2004 - Nathalie de Marcellis-Warin

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

Rapport d'incident/accident AH-223

GUIDE AHQ

ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE CIRANO REVISION DU FORMULAIRE AH-223

Étude CIRANO
Révision du formulaire AH-223

Veuillez faire parvenir ce questionnaire à la personne en charge de la gestion des rapports d'incidents/accidents AH-223

Dans le cadre du mandat de recherche donné au CIRANO par le Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec sur la révision du formulaire de déclaration des incidents et des accidents (AH-223) et sur la mise au point d'une grille d'analyse approfondie des incidents et des accidents, nous avons rencontré un grand nombre de professionnels du réseau de la santé dans différents établissements. Un premier questionnaire concernant le formulaire AH-223 a été remis par votre association aux personnes ayant participé aux sessions d'information/formation données par le Groupe National d'Aide à la Gestion des Risques et à la Qualité **concernant le projet de loi 113 (2002, chap. 71)** en mai et juin 2003. Nous souhaiterions élargir cet échantillon et l'information demandée et nous vous sollicitons pour compléter le questionnaire qui suit.

Merci par avance pour votre collaboration !

A RENVOYER A L'ATTENTION DE :
Nathalie de Marcellis-Warin
(*Responsable du projet « Gestion des risques dans les établissements de soins »)*
avant le lundi 8 mars 2004

Par courriel (pour les questionnaires envoyés par courriel): demarcen@cirano.qc.ca
Par courrier : CIRANO, 2020 University 25ème étage, Montréal H3A 2A5 (QC)
Par fax : **514 985 4039**

Les informations demandées ci-dessous sont facultatives et confidentielles (elles ne seront en aucun cas utilisées et diffusées dans l'étude) :
NOM de l'établissement : _____
NOM de la personne ayant rempli le questionnaire : _____
Fonction : _____
Coordonnées (tel, fax, courriel): _____

Souhaiteriez-vous que notre équipe vous contacte concernant cette étude ? □ Oui □ Non

Souhaiteriez-vous participer aux études pilotes du nouveau formulaire et/ou de la grille d'analyse approfondie ? □ Oui □ Non

© CIRANO 2004 - Nathalie de Marcellis-Warin

Mission de l'établissement : □ CHSGS □ CHU □ CHSLD □ CLSC □ CJ □ CR
□ Institut □ Centre de santé □ Autre : _____

Région : ____ **Capacité (au permis)** : _____ **Bassin de population desservie** : _____

Statut : □ Public □ Privé conventionné

1- **Quel(s) formulaire(s) de déclaration utilisez-vous actuellement :**

□ AH-223 □ AH-223 légèrement modifié * □ Formulaire maison *

□ Rapport complémentaire* □ Autre :_____ □ Aucun

Commentaires : _____

_____

2- **Si vous utilisez un formulaire modifié * ou maison* précisez pour quel(s) service(s)** (ex. : pharmacie, laboratoire,…) **et les informations que ce formulaire contient.**

_____

_____

3- **La compilation de l'information contenue dans les formulaires se fait-elle à l'aide d'un outil informatique?**

□ Oui □ Non Si oui, préciser le logiciel utilisé : _____

4- **Les formulaires sont-ils complétés pour les incidents (événements n'ayant pas atteint le patient) ?** □ Oui □ Non

Commentaires : _____

_____

5- **Y a-t-il des services ou unités plus sensibilisés à la déclaration que d'autres ?**

□ Oui □ Non Si oui préciser lesquels : _____

Y a-t-il des services ou unités qui ne remplissent (pratiquement) jamais le formulaire mais qui à votre avis devraient le faire ? □ Oui □ Non Si oui, préciser lesquels :

_____

*** il serait très apprécié que vous nous fassiez parvenir une copie des formulaires utilisés par votre établissement. Ils resteront confidentiels et ne seront pas divulgués (clause de confidentialité de l'étude CIRANO).**

© CIRANO 2004 - Nathalie de Marcellis-Warin

6- **Qui complète le formulaire ?**

_____

_____

7- **Quels sont les types d'accident <u>les plus fréquents</u> dans votre établissement ?**

_____

_____

8- **Y a-t-il une personne en charge de faire le suivi des formulaires ?** □Oui □ Non

Si oui, quelle est sa fonction? _____

Quel type de suivi est fait ? _____

_____

9- **En général, le formulaire AH-223 est-il bien complété ?** □Oui □ Non

Commentaires : _____

_____

10- **Commentaires et suggestions sur le formulaire AH-223** :

(critiques, points positifs, améliorations suggérées, propositions de modifications,….)

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

© CIRANO 2004 - Nathalie de Marcellis-Warin

ANNEXE 3 : EXEMPLE DE FORMULAIRE INFORMATISE IMPRIME

Établissement : CHSLD XXX **Carte de l'usager**
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'usager 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

© CIRANO 2004 - Nathalie de Marcellis-Warin

ANNEXE 4 : EXEMPLES DE RAPPORTS AH-223 MODIFIES OU RAPPORTS MAISON UTILISES DANS CERTAINS ETABLISSEMENTS

ANNEXE 5 : PROPOSITIONS DE CONTENU POUR LE FORMULAIRE DE DECLARATION

5.1. FORMULAIRE DECLARATION INCIDENT/ACCIDENT

5.2 FORMULAIRE MEDICAMENTS

5.2.0 Propositions contenu

5.2.1 Exemple POINT 2-B MEDICATION

5.2.2 Classification erreurs de médication NCC-MERP

5.2.3 ISMP Canada

5.3 FORMULAIRE CHUTES

© CIRANO 2004 - Nathalie de Marcellis-Warin

5.1 FORMULAIRE DE DECLARATION INCIDENT/ACCIDENT

ECRAN DE SAISIE ET CONTENU

Nous allons spécifier le contenu des champs proposés pour le formulaire de déclaration révisé. Comme nous envisageons une version informatisée du formulaire, nous n'avons pas essayé de le présenter pour qu'il tienne sur le format d'une page. Il ne faut pas considérer le nombre de pages car il y a de nombreux menus déroulant. Nous allons tout d'abord présenter l'écran de saisie de la déclaration puis nous détaillerons.

Légende :

SALLE ▼ :
Menu déroulant, seul ce champs apparaîtra sur l'écran de saisie

NOM DE L'ETABLISSEMENT : **AUTOMATIQUE**
Le nom de l'établissement sera rempli de façon automatique. Les personnes qui declarent ne devraient pas a avoir a remplir ce champs.

* veut dire que certains choix pourraient disparaître pour certaines missions
Avec une version informatisée, certaines sections et certains champs pourraient ne pas figurer de façon automatique sur l'écran de saisie.

LIEUX SPECIFIQUES MISSIONS SOCIALES ET COMMUNAUTAIRES
Les champs laissés en italique seront a compléter par la suite lorsque les établissements visés par ces champs auront terminé leurs travaux.

AUTRE :_____ (SI COCHE ALORS IL FAUT PRECISER
A chaque fois que la case AUTRE sera coché, il faudra préciser le champs de façon obligatoire

DIVULGATION (A VALIDER)
Certains champs restent à valider car les avis concernant ces champs sont très partagés.

ECRAN DE SAISIE 1

© CIRANO 2004 - Nathalie de Marcellis-Warin

ECRAN DE SAISIE 2

© CIRANO 2004 - Nathalie de Marcellis-Warin

FORMULAIRE DE DECLARATION

CONTENU

*** veut dire que certains choix pourraient disparaître pour certaines missions**

☐ INCIDENT ☐ ACCIDENT

0 –

NOM DE L'ETABLISSEMENT : AUTOMATIQUE

PERSONNE IMPLIQUEE ▼ :
USAGER ☐
VISITEUR ☐
AUTRE : _____ ☐

SEXE ▼
M ☐
F ☐

INFORMATIONS RELATIVES A L'USAGER

Date de naissance
Nom et prénom à la naissance
Nom usuel ou nom du conjoint
Adresse
Numéro de téléphone
Numéro d'assurance maladie

N.chambre (usager admis)

N. de dossier

1 – DETECTION DE L'INCIDENT/ACCIDENT

DATE ET HEURE DE LA DETECTION ▼

Année Mois Jour

Date Heure

ENDROIT DE LA DETECTION ▼

CHAMBRE
SALLE ▼ :

© CIRANO 2004 - Nathalie de Marcellis-Warin

de bain /toilette ☐
d'examen ☐
d'opération ☐
de réveil ☐
commune ☐
d'isolement ☐

ACCUEIL/CORRIDOR
TERRAIN /COUR/ STATIONNEMENT
PHARMACIE
LABORATOIRE
BANQUE DE SANG
SERVICES TECHNIQUES
ARCHIVES
LIEUX SPECIFIQUES MISSIONS SOCIALES ET COMMUNAUTAIRES
AUTRE :_____ (SI COCHE ALORS SAISIE OBLIGATOIRE)_

Unité / Service : _____ N. du local/pièce : ____

Adresse (*en dehors de l'établissement*) :_____

2 – SURVENUE DE L'EVENEMENT *

DATE ET HEURE DE SURVENUE L'EVENEMENT

MEME JOUR QUE POUR LA DETECTION
AUTRE
Année Mois Jour

Date Heure

ENDROIT DE SURVENUE L'EVENEMENT :

MEME ENDROIT QUE POUR LA DETECTION
AUTRE :
CHAMBRE
SALLE :
de bain /toilette ☐
d'examen ☐
d'opération ☐
de réveil ☐
commune ☐
d'isolement ☐
ACCUEIL/CORRIDOR
TERRAIN /COUR/ STATIONNEMENT
PHARMACIE

© CIRANO 2004 - Nathalie de Marcellis-Warin

LABORATOIRE
BANQUE DE SANG
SERVICES TECHNIQUES
ARCHIVES
LIEUX SPECIFIQUES MISSIONS SOCIALES ET COMMUNAUTAIRES
AUTRE :_____ (SI COCHE ALORS IL FAUT PRECISER)

Unité / Service : _____ N. du local/pièce : ____

Adresse (*en dehors de l'établissement*) :_____

ACTEURS IMPLIQUES DANS LA SURVENUE L'EVENEMENT : ▼

N/A
INCONNU
TITRE EMPLOI ▼ :
TITRE EMPLOI ▼ :

3 – OBJET *

A – PRESTATION DE SOINS ET DE SERVICES ▼

N/A (PAR DEFAUT)
IDENTIFICATION ▼ :
usager ☐
requête ☐
spécimen ☐
COMPLICATION ▼ :
infection ☐
autre ☐
DECOMPTE (COMPRESSES, INSTRUMENTS)
REFUS DE TRAITEMENT/CONSENTEMENT
REPORT /RETARD (TRAITEMENT, CHIRURGIE, PRELEVEMENT, ETC.)
OBJETS SPECIFIQUES SOINS A DOMICILE
OBJETS SPECIFIQUES SERVICES SOCIAUX
AUTRE _____

B – MEDICATION

EVENEMENT RELIE A ▼ :
N/A
IDENTIFICATION ▼ :
ordonnance ☐
usager ☐
OMISSION
CESSE, SERVI OU REÇU SANS PRESCRIPTION

PRODUIT (MEDICAMENT OU DILUANT)
TENEUR /CONCENTRATION/FORME PHARMACEUTIQUE
DOSE/QUANTITÉ
DÉBIT
FREQUENCE/MOMENT D'ADMINISTRATION
TECHNIQUE /VOIE / SITE D'ADMINISTRATION
SURVEILLANCE ▼ : (dosage, formule sanguine, signes vitaux,…)
omise ☐
inadéquate ☐
AUTRE _____

ÉTAPES CIRCUIT DU MEDICAMENT ▼ :

N/A
ACHAT
ENTREPOSAGE ▼:
Magasin ☐
Pharmacie ☐
Unités ou services ☐
PRESCRIPTION ▼:
Rédaction ☐
Rédaction d'une ordonnance verbale ☐
TRANSCRIPTION OU RELEVE DE L'ORDONNANCE ▼:
Unité de soins ☐
Pharmacie ☐
TRAITEMENT INFORMATIQUE : ▼
Sélection à partir d'une liste ☐
Programmation banque de données ☐
Double saisie ☐
PREPARATION DE L'ORDONNANCE ▼
Unité de soins ☐
Pharmacie-Préparation stérile ☐
Pharmacie - Contenant/contenu ☐
Pharmacie – Autre ☐
ADMINISTRATION: ▼
Programmation pompe à perfusion ☐
Administration ☐
Auto-administration ☐
SUIVI
AUTRE _____

IDENTIFICATION DU MEDICAMENT IMPLIQUE ▼ :

N/A
NOM DU MEDICAMENT : _____ ▼
LES PLUS IMPLIQUES
solution intraveineuse ☐
insuline ☐
heparines ☐
narcotiques ☐
cournadin ☐
medicaments cardiaques ☐
autres : _____
AUTRE MEDICAMENT IMPLIQUE: _____ ▼

C – CHUTE

CIRCONSTANCES ▼ :

N/A

EN SE LEVANT ▼ :

- Chaise ☐
- Lit ☐
- Civière ☐
- Autre : _____ ☐

EN S'ASSOYANT ▼ :

- Chaise ☐
- Lit ☐
- Civière ☐
- Autre : _____ ☐

LORS DU TRANSFERT ▼ :

- Lit/Fauteuil ☐
- Fauteuil/Lit ☐
- Lit/Civiere ☐
- Civiere/Lit ☐
- Autre : _____ ☐

EN CIRCULANT

POUSSE/HEURTE

INDETERMINE/TROUVE PAR TERRE

AUTRE : _____

LIT ▼ :

N/A

POSITION ▼ :

- Elevée ☐
- Baissée ☐

FREIN DU LIT ▼ :

- Enclenchés ☐
- Non enclenchés ☐

RIDELLES DE LIT ▼ :

- Levées ☐
- Baissées ☐

D – EQUIPEMENT / MATERIEL

EVENEMENT RELIE A ▼ :

N/A

FONCTIONNEMENT

BRIS

STERILITE

AUTRES _____

IDENTIFICATION ET N. D'INVENTAIRE ▼ :

N/A

_____

© CIRANO 2004 - Nathalie de Marcellis-Warin

E – SECURITÉ * ▼

N/A
MENACE VERBALE
AGRESSION PHYSIQUE ▼ :
- Usager à autre usager ☐
- Usager à un employé ☐
- Visiteur à un usager☐
- Visiteur à un employé ☐
- Autre : _____☐

AUTOMUTILATION
FUGUE
TENTATIVE DE SUICIDE
BLESSURE
CONSTAT DE BLESSURE, PLAIE, ECHYMOSE, EGRATIGNURES
AUTRE :_____

F – *LABORATOIRE (EXEMPLE : AUTRES SERVICES A CONSIDERER)* * ▼

N/A
IDENTIFICATION ▼ :
- usager ☐
- requête ☐

PROBLÈME TECHNIQUE ▼ :
- Lecture de résultat ☐
- Appareil ☐
- Calibration ☐

AUTRE :_____

G – DIVERS ▼

N/A
INCENDIE
DISPARITION / BRIS MATERIEL
DEVERSEMENT DE PRODUIT DANGEREUX
AUTRE : _____

4- DESCRIPTION DES FAITS

Pas d'analyse, ni jugement, ni accusation

Zone de texte

_____

_____

_____

5 – MESURES PRISES

A – GESTES POSES

N'A PAS ATTEINT L'USAGER ▼:
- N/A
- AUCUN GESTE REQUIS
- CHANGEMENT MATERIEL
- RECUPERATION AUTOMATIQUE
- AUTRE :_____

A ATTEINT L'USAGER : ▼
- N/A
- AUCUN GESTE REQUIS
- SURVEILLANCE AUGMENTEE
- TEST DIAGNOSTIC (prise de sang, prélèvement, radio,…)
- CHANGEMENT MATERIEL
- CHANGEMENT MEDICATION/ THERAPIE
- CHIRURGIE
- REANIMATION
- ADMISSION
- TRANSFERT AUTRE DEPARTEMENT :……
- TRANSFERT AUTRE ETABLISSEMENT:……
- AUCUNE POSSIBILITE DE RECUPERATION
- AUTRE :_____

B – GESTION DES RESSOURCES PERSONNELLES ▼

- N/A
- AUCUN CHANGEMENT
- PERSONNEL D'APPOINT SUPPLEMENTAIRE
- IMPLICATION D'UN NOUVEL INTERVENANT ▼ :
  - Rôle des intervenants
  - Titre :
  - Heure
  - visite
- AUTRE :_____

C – PERSONNES AVISEES ▼

N/A

NOM :_____
TITRE :_____
HEURE :_____
VISITE :

NOM :_____
TITRE :_____
HEURE :_____
VISITE :

© CIRANO 2004 - Nathalie de Marcellis-Warin

6 – CONSEQUENCE ET DIAGNOSTIC CONSECUTIF *

CONSEQUENCE ▼ :

INCONNU
SANS CONSEQUENCE
LEGER
SERIEUX
GRAVE

DIAGNOSTIC CONSECUTIF (COMPLETE PAR LE MEDECIN) :

SIGNATURE ELECTRONIQUE

7 – TEMOINS IDENTIFIES

OUI
NON

8 – SIGNATAIRE DU FORMULAIRE DE DECLARATION

NOM :
TITRE :
DATE DU RAPPORT :

Année Mois Jour

Date Heure

SIGNATURE ELECTRONIQUE

9 – SUIVI ET RECOMMANDATIONS *(À REMPLIR PAR LA PERSONNE QUI FAIT LE SUIVI DES FORMULAIRES)*

IMPLICATION D'UN (DES) AUTRE(S) SERVICE(S) DANS L'INCIDENT/ACCIDENT :

AUTRE SERVICE IMPLIQUE ▼ :

AUCUN
INCONNU
OUI ▼ :

© CIRANO 2004 - Nathalie de Marcellis-Warin

NOM Autre service relié à l'accident : _____
NOM Autre service relié à l'accident : _____

TYPE D'EVENEMENTS▼ :

N/A
COMMUNICATION (DOSSIER, ORDONNANCE ILLISIBLE, …)
DELAI (RESULTATS, …)
AUTRE : _____

MESURES A PRENDRE SUSCEPTIBLES DE CORRIGER LA SITUATION ▼ :

AUCUNE
ENVIRONNEMENT MODIFIE
INFORMATISATION MODIFIEE
CREATION D'UNE PROCEDURE
FORMATION ET ENTRAINEMENT
AMELIORATION DES PROCESSUS DE COMMUNICATION
AUTRE :_____

SUIVI :
NOM : _____
TITRE : _____
DATE DU RAPPORT :
_____
_____

Recommandation d'enquête approfondie

10 – TEMOINS

NOM : _____
COORDONNÉES : _____

NOM : _____
COORDONNÉES : _____

DIVULGATION (A VALIDER)

NON
OUI : ***(QUI, A QUI, QUAND)***_____

5.2 FORMULAIRE DE DECLARATION MEDICAMENTS

CONTENU

Marie Claude Poulain (B.Pharm., M.Sc., MBA) (CHUM)
Nathalie de Marcellis-Warin, PhD (CIRANO)

---

1. Analyse sommaire du formulaire AH-223 du point de vue des incidents et accidents liés à l'utilisation des médicaments

CONTEXTE : Lors des rencontres des établissements pilote pour valider la démarche d'analyse approfondie proposée par le CIRANO, plusieurs commentaires et insatisfactions notées concernaient la partie 1 de la grille d'analyse soit la partie recréant le formulaire AH-223 actuel. L'analyse de l'AH-223 en soit devenait prioritaire. Il a été convenu qu'une analyse de l'AH-223 soit conduite sous différents angles dont celui des incidents et accidents liés aux médicaments. Cette analyse servirait aussi d'amorce aux travaux d'élaboration d'une grille spécifique d'analyse approfondie pour les incidents et accidents liés à l'utilisation des médicaments.

DÉMARCHE : Dans un premier temps, un **recensement de nombreux formulaires de déclaration d'incidents et accidents spécifiques aux médicaments** a été effectué (voir liste des formulaires et exemples) Les similarités de chaque formulaire ont été identifiées et reportées sous une appellation commune. Le fruit de ce travail a conduit à l'élaboration d'une proposition de formulaire de déclaration pour les incidents et accidents liés aux médicaments (voir document joint). Par la suite, toutes les personnes ayant élaboré un formulaire de déclaration spécifique pour les incidents et les accidents liés aux médicaments ou ayant amélioré l'AH-223 actuel pour la collecte d'information sur les incidents ou accidents liés aux médicaments ont été invitées à une rencontre de travail. Lors de cette rencontre, le groupe a discuté du contenu du rapport de déclaration idéal et des différentes démarches entourant la déclaration et l'analyse des incidents et accidents liés à l'utilisation des médicaments. L'objectif du groupe de travail (voir liste des membres) était de permettre une validation du travail effectué et des orientations à donner.

ANALYSE:

a) <u>Critique du formulaire AH-223 actuel</u>

Section 1- Endroit
Il serait plus simple de prévoir un espace pour un numéro de local. Il faut aussi préciser qu'il s'agit du lieu où l'incident/accident s'est produit et non du lieu de constatation. Même commentaire pour la date et l'heure.

Section 2- Objet

© CIRANO 2004 - Nathalie de Marcellis-Warin

Seules les parties 2 B et F sont pertinentes pour la médication. On suggère de laisser plus de place pour écrire dans la section F. La section 2 B devrait être plus précise (plus de cases à cocher, mieux ventilée) avec mention des médicaments concernés.

Section 3- Situation préalable
Section peu utile pour la déclaration des incidents ou accidents liés à l'utilisation des médicaments. Par contre, certains éléments seraient utiles dans le cas d'une analyse approfondie.

Section 4- Mesures prises
Il est suggéré de standardiser l'appellation des mesures les plus courantes et de les mettre sous forme d'items à cocher plutôt que du texte libre. Pour la section B, ajouter la date à laquelle les personnes ont été avisées.

Section 5- Diagnostic consécutif
Plusieurs problèmes sont rencontrés avec cette section. Le médecin complète rarement cette section et la case reste vide. Dans d'autres cas, les intervenants y mettent le diagnostic d'admission plutôt que celui en lien avec l'incident ou l'accident. Il est suggéré de changer cette case pour y mettre une évaluation de la gravité par le médecin traitant et de la placer dans la partie réservée à l'établissement. Cette évaluation de la gravité pourrait aider à déterminer la pertinence de déclencher une analyse approfondie.

Autres sections, pas de commentaires.

b) <u>Informations essentielles identifiées par le groupe de travail</u>

Tout d'abord le groupe a discuté du processus de déclaration en vigueur dans leur établissement. Ils ont identifié des éléments importants du processus à savoir :

- Le rapport AH-223 devrait être complété par la personne qui a constaté l'incident ou l'accident
- La saisie d'un rapport au moment de la constatation directement à l'informatique est de loin l'option la plus intéressante.
- Il est nécessaire de donner suite rapidement aux déclarations effectuées
- Il sera difficile de déclarer tous les incidents en raison de leur nombre important
- Le formulaire idéal doit permettre de déclarer rapidement et facilement pour ne pas freiner la déclaration.
- Le formulaire idéal doit prévoir la possibilité de faire une analyse sommaire des incidents et accidents pour les établissements qui désirent en effectuer de façon systématique (par exemple ceux qui ont déjà un formulaire spécifique aux incidents et accidents liés à l'utilisation des médicaments.)
- La conduite de l'analyse sommaire doit demeurer facultative.
- Il est nécessaire de conduire une analyse approfondie pour les accidents graves. Dans ces cas, l'analyse sommaire serait insuffisante.
- Il serait pertinent que les rapports d'analyse soient revus par une équipe multidisciplinaire.

c) <u>Informations pertinentes demandées dans plusieurs formulaires de déclaration d'incidents/accidents liés à l'utilisation de médicaments</u>

De façon générale la plupart des formulaires consultés identifient :
- Date et heure de survenue et de détection de l'incident/accident
- Lieu d'origine de l'incident/accident
- Incident ou accident
- Acteurs impliqués dans la survenue et dans la détection
- Nature de l'incident/accident
- Description de l'incident/accident
- Nom du médicament impliqué
- Soins prodigués au patient
- Conséquences de l'accident

Nous pouvons ici faire d'autres remarques sur la déclaration 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 déclaration 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 médicaux[10]. L*'Institute for Safe Medication Practices,* en collaboration avec Medwatch a créé un formulaire de déclaration des erreurs de médication.

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 déclaration ing 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 Déclaration ing* (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*[11]. Cet outil a la forme d'un check liste. Il est à noter que les concepteurs de ce produit le

[10] Medwatch Medical Device Reporting Code Instructions , Food and Drud Administration Center for devices and radiological health, 4 avril 2001.
[11] Medication Error Prevention Program, Checklist for Hospitals, BRIDGE, *www.mederrors.com*.

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.

2. Présentation de la proposition de contenu du formulaire de déclaration et d'analyse des erreurs liées à la prise de médicaments

On suggère une déclaration à deux niveaux;

Premier niveau : DECLARATION
Rendre compte d'information de base telle que :
- Adressographe
- Incident ou accident
- Date et heure de la déclaration
- Date et heure de la survenue de l'incident ou accident
- Type d'incident ou accident (section 2B mieux ventilée)
- Nom du médicament prescrit et servi
- Description des faits
- Mesures prises
- Témoins
- Section évaluation de la gravité et recommandations dans la section réservée à l'établissement

Deuxième niveau :ANALYSE
Rendre compte en plus des causes identifiées et des facteurs contributifs

Le groupe suggère que ces deux niveaux de déclaration soient présentés sur la même feuille. Cela aurait comme avantage de regrouper toute l'information ensemble. Le groupe est d'avis que cela est simple d'application pour le personnel et qu'au maximum, il devrait y avoir trois types de formulaires de déclaration : un pour les médicaments, un pour les chutes et un pour les autres. Un exemple de formulaire illustrant la proposition est présenté.

© CIRANO 2004 - Nathalie de Marcellis-Warin

Liste des formulaires de déclaration consultés (spécifiques pour les incidents/accidents reliés à la médication)

Formulaires québécois
Carrefour de santé de Jonquière
Centre hospitalier Baie-des-Chaleurs
CH-CLSC-CHSLD des Sommets
Centre hospitalier Fleury
Centre hospitalier régional de Baie-Comeau
Centre hospitalier de Rivière-du-Loup
Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
Centre hospitalier de Verdun
CHSLD Les Havres
Institut universitaire de gériatrie de Montréal
Hôpital Général Juif de Montréal
Hôpital Laval
Réseau de la santé et des services sociaux des Aurores Boréales

Formulaires canadiens
ISMP Canada démonstrateur Analyze- Err à http://www.ismp-canada.org/

Documents internationaux
USP Medication Error Reporting Program http://www.usp.org/patientSafety/
Taxonomie du National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention
NCCMERP http://www.nccmerp.org/aboutMedErrors.html
Formulaire de déclaration d'erreur médicamenteuse du Réseau Épidémiologique de l'Erreur Médicamenteuse. France. 2e Forum AAQTE – Supplément au pharmacien hospitalier 1998;33(135):17-8.

Liste des personnes ayant participé au groupe de travail sur les médicaments

Beaudet, Giliane,	Cité de la santé de Laval
Boulet, France	CH Verdun
Chaloux, Michel	Hôpital Fleury
Maisonneuve, Lise	Hôpital Fleury
Painchaud, Gisele	Hôpital Fleury
Vallée, Marc,	CHUS
Pépin, Jocelyne	Jewish General Hospital
Laflamme, Sylvie	Résidence Yvon Brunet
Leroux, Francine	Institut Universitaire de Gériatrie de Montréal
Gilbert Suzanne	Institut Universitaire de Gériatrie de Montréal
Lemieux Véronique	Centre Hospitalier Régional de Lanaudiere

© CIRANO 2004 - Nathalie de Marcellis-Warin

FORMULAIRE DE DECLARATION MEDICAMENT

CONTENU

*** veut dire que certains choix pourraient disparaître pour certaines missions**

☐ INCIDENT ☐ ACCIDENT

0 –

NOM DE L'ETABLISSEMENT : AUTOMATIQUE

PERSONNE IMPLIQUEE ▼ :
USAGER ☐
VISITEUR ☐
AUTRE : _____ ☐

SEXE ▼
M ☐
F ☐

INFORMATIONS RELATIVES A 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

1 – DETECTION DE L'INCIDENT/ACCIDENT

DATE ET HEURE DE LA DETECTION ▼

Année Mois Jour

Date Heure

ENDROIT DE LA DETECTION ▼

CHAMBRE

© CIRANO 2004 - Nathalie de Marcellis-Warin

SALLE ▼ :
- de bain /toilette ☐
- d'examen ☐
- d'opération ☐
- de réveil ☐
- commune ☐
- d'isolement ☐

ACCUEIL/CORRIDOR
TERRAIN /COUR/ STATIONNEMENT
PHARMACIE
LABORATOIRE
BANQUE DE SANG
SERVICES TECHNIQUES
ARCHIVES
LIEUX SPECIFIQUES MISSIONS SOCIALES ET COMMUNAUTAIRES
AUTRE :_____ (SI COCHE ALORS SAISIE OBLIGATOIRE)_

Unité / Service : _____ N. du local/pièce : ____

Adresse (*en dehors de l'établissement*) :_____

2 – SURVENUE DE L'EVENEMENT *

DATE ET HEURE DE SURVENUE L'EVENEMENT ▼

MEME JOUR QUE POUR LA DETECTION
AUTRE

Année Mois Jour

Date Heure

ENDROIT DE SURVENUE L'EVENEMENT : ▼

MEME ENDROIT QUE POUR LA DETECTION
AUTRE
- CHAMBRE
- SALLE ▼ :
  - de bain /toilette ☐
  - d'examen ☐
  - d'opération ☐
  - de réveil ☐
  - commune ☐
  - d'isolement ☐
- ACCUEIL/CORRIDOR

© CIRANO 2004 - Nathalie de Marcellis-Warin

TERRAIN /COUR/ STATIONNEMENT
PHARMACIE
LABORATOIRE
BANQUE DE SANG
SERVICES TECHNIQUES
ARCHIVES

A- LIEUX Specifiques missions sociales et communautaires

AUTRE :_____ (SI COCHE ALORS IL FAUT PRECISER)

Unité / Service : _____ N. du local/pièce : ____

Adresse (*en dehors de l'établissement*) :_____

ACTEURS IMPLIQUES DANS LA SURVENUE L'EVENEMENT : ▼

N/A
INCONNU
TITRE EMPLOI ▼ :
TITRE EMPLOI ▼ :

3 – TYPE D'INCIDENT/ACCIDENT

EVENEMENT RELIE A ▼ **:**

N/A
IDENTIFICATION ▼ :
ordonnance ☐
usager ☐
OMISSION
CESSE, SERVI OU REÇU SANS PRESCRIPTION
PRODUIT (MEDICAMENT OU DILUANT)
TENEUR /CONCENTRATION/FORME PHARMACEUTIQUE
DOSE/QUANTITÉ
DÉBIT
FREQUENCE/MOMENT D'ADMINISTRATION
TECHNIQUE /VOIE / SITE D'ADMINISTRATION
SURVEILLANCE ▼ : (dosage, formule sanguine, signes vitaux,…)
omise ☐
inadéquate ☐
AUTRE _____

ÉTAPES CIRCUIT DU MEDICAMENT ▼ **:**

N/A
ACHAT
ENTREPOSAGE ▼:
Magasin ☐

© CIRANO 2004 - Nathalie de Marcellis-Warin

Pharmacie ☐
Unités ou services ☐

PRESCRIPTION ▼:
Rédaction ☐
Rédaction d'une ordonnance verbale☐

TRANSCRIPTION OU RELEVE DE L'ORDONNANCE ▼
Unité de soins ☐
Pharmacie ☐

TRAITEMENT INFORMATIQUE : ▼
Sélection à partir d'une liste ☐
Programmation banque de données ☐
Double saisie ☐

PREPARATION DE L'ORDONNANCE ▼
Unité de soins ☐
Pharmacie-Préparation stérile ☐
Pharmacie - Contenant/contenu ☐
Pharmacie – Autre ☐

ADMINISTRATION: ▼
Programmation pompe à perfusion ☐
Administration ☐
Auto-administration ☐

SUIVI

AUTRE _____

IDENTIFICATION DU MEDICAMENT IMPLIQUE ▼ :

N/A

NOM DU MEDICAMENT :_____ ▼
LES PLUS IMPLIQUES
solution intraveineuse ☐
insuline ☐
héparines ☐
narcotiques ☐
coumadin ☐
médicaments cardiaques ☐
autres : _____

AUTRE MEDICAMENT IMPLIQUE:_____ ▼

4- DESCRIPTION DES FAITS

Pas d'analyse, ni jugement, ni accusation

Zone de texte

_____

_____

_____

5 – MESURES PRISES

A – GESTES POSES

N'A PAS ATTEINT L'USAGER ▼:
- N/A
- AUCUN GESTE REQUIS
- CHANGEMENT MATERIEL
- RECUPERATION AUTOMATIQUE
- AUTRE :_____

A ATTEINT L'USAGER ▼:
- N/A
- AUCUN GESTE REQUIS
- SURVEILLANCE AUGMENTEE
- TEST DIAGNOSTIC (prise de sang, prélèvement, radio,…)
- CHANGEMENT MATERIEL
- CHANGEMENT MEDICATION/ THERAPIE
- CHIRURGIE
- REANIMATION
- ADMISSION
- TRANSFERT AUTRE DEPARTEMENT :……
- TRANSFERT AUTRE ETABLISSEMENT:……
- AUCUNE POSSIBILITE DE RECUPERATION
- AUTRE :_____

B – GESTION DES RESSOURCES PERSONNELLES ▼

- N/A
- AUCUN CHANGEMENT
- PERSONNEL D'APPOINT SUPPLEMENTAIRE
- IMPLICATION D'UN NOUVEL INTERVENANT ▼ :
  - Rôle des intervenants
  - Titre :
  - Heure
  - visite
- AUTRE :_____

C – PERSONNES AVISEES ▼

N/A

NOM :_____
TITRE :_____
HEURE :_____
VISITE :

NOM :_____
TITRE :_____
HEURE :_____
VISITE :

© CIRANO 2004 - Nathalie de Marcellis-Warin

6 – CONSEQUENCE ET DIAGNOSTIC CONSECUTIF *

CONSEQUENCE ▼ :

CLASSIFICATION NCC-MERP

DIAGNOSTIC CONSECUTIF (COMPLETE PAR LE MEDECIN) :

_____

_____

_____

_____

SIGNATURE ELECTRONIQUE

7 – TEMOINS IDENTIFIES

OUI
NON

8 – SIGNATAIRE DU FORMULAIRE DE DECLARATION

NOM : _____
TITRE : _____
DATE DU RAPPORT :

Année Mois Jour

Date Heure

SIGNATURE ELECTRONIQUE

9 – IDENTIFICATION DES CAUSES PROBABLES ET DES FACTEURS RELIES A L'INCIDENT/ACCIDENT

IMPLICATION D'UN (DES) AUTRE(S) SERVICE(S) DANS L'INCIDENT/ACCIDENT :

AUTRE SERVICE IMPLIQUE ▼ :

AUCUN
INCONNU
OUI ▼ :

NOM Autre service relié à l'accident : _____
NOM Autre service relié à l'accident : _____

TYPE D'EVENEMENTS ▼ :

N/A

© CIRANO 2004 - Nathalie de Marcellis-Warin

COMMUNICATION (DOSSIER, ORDONNANCE ILLISIBLE, …)
DELAI (RESULTATS, …)
AUTRE : _____

CAUSES PROBABLES IDENTIFIEES ▼:

DEFAILLANCE ORGANISATIONNELLE ▼ :
- N/A
- PROBLEME DANS LES FAÇONS DE FAIRE (PROCEDURES, PROTOCOLES, PROCESSUS, STANDARDISATION)
  - Absence ▼
  - Pas appliqué □
  - Confusion / manque de coordination □
- PROBLEME DE COMMUNICATION ECRITE (PAPIER OU INFORMATISEE) ▼
  - Illisible, omise, incomplète, inexacte, confuse □
  - Non sécuritaire (abréviations, unités autres qu'internationales, zéro en début ou en fin de dose, utilisation de décimales) □
  - Lecture omise ou inexacte □
- PROBLEME DE COMMUNICATION VERBALE ▼ :
  - Entre différents professionnels□
  - Entre différents quarts de travail ou membres d'une même équipe□
  - Entre le patient et les professionnels□
- PROBLEME DE DELAI (TRANSMISSION D'INFOR-MATION OU PROVISION D'UN SERVICE OU SOIN)
- AUTRE :_____

DEFAILLANCE HUMAINE ▼ :
- N/A
- BASE SUR DES INFORMATIONS INCORRECTES
- DISTRACTION OU INTERRUPTION
- MANQUE D'EXPERIENCE, DE FORMATION OU DE FAMILIARISATION
- MANQUE DE CONNAISSANCE
- OUBLI
- CALCUL ERRONE
- AUTRE :_____

DEFAILLANCE TECHNIQUE ▼ :
- N/A
- APPAREILS DE COMMUNICATION INFORMATIQUES,
- AUTOMATION,
- APPAREILS MEDICAUX
- AUTRE :_____

DEFAILLANCE DU FOURNISSEUR ▼ :`
- N/A
- IMPRECISIONS
- CONFUSION DANS L'ETIQUETAGE
- CONFUSION DANS L'EMBALLAGE,
- CONFUSION DANS L'ENCART D'INFORMATION,
- CONFUSION DANS MATERIEL DE REFERENCE
- CONFUSION DANS PUBLICITE
- AUTRE :_____

FACTEURS CONTRIBUTIFS

CONFUSION ENTRE DEUX PRODUITS ▼ :
- N/A
- NOM D'APPARENCE SIMILAIRE A UN AUTRE PRODUIT
- NOM DE CONSONANCE SIMILAIRE A UN AUTRE PRODUIT
- NOM PRETE A CONFUSION
- APPARENCE DE L'EMBALLAGE SIMILAIRE A CELLE D'UN AUTRE PRODUIT
- APPARENCE DU COMPRIME/VIAL… SIMILAIRE A CELLE D'UN AUTRE PRODUIT
- APPARENCE DU COMPRIME/VIAL… SIMILAIRE A CELLE D'UNE CONCENTRATION DIFFERENTE DU MEME PRODUIT.
- AUTRE :_____

ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL ▼ :
- N/A
- LUMIÈRE
- BRUIT
- ERGONOMIE
- CIRCULATION
- TEMPERATURE AMBIANTE
- AUTRE :_____

ASPECT TEMPOREL ▼ :
- N/A
- CONTRAINTE DE TEMPS
- URGENCE
- PLUSIEURS ACTIONS EN MEME TEMPS
- INTERRUPTIONS FREQUENTES
- ACTIONS REPETITIVES
- AUTRE :_____

INDIVIDU ▼ :
- N/A
- CHARGE DE TRAVAIL,
- STRESS,
- FATIGUE,

© CIRANO 2004 - Nathalie de Marcellis-Warin

PERIODE D'ORIENTATION,
INCONFORT DANS LA SITUATION, …
AUTRE : _____

ÉQUIPE ▼ :
N/A
PERSONNEL INEXPERIMENTE
TEMPORAIRE
ETUDIANTS
CHANGEMENT DE QUART
PRESSION SUR L'EQUIPE
MANQUE DE SUPERVISION
CONFLIT OU INTIMIDATION
AUTRE : _____

ORGANISATION ▼ :
N/A
TRANSFERT DU PATIENT
COORDINATION DE PLUSIEURS PROCEDURES, PROTOCOLES ET PROCESSUS
COORDINATION DE PLUSIEURS INTERVENANTS
AUTRE : _____

MATERIEL ET EQUIPEMENT ▼ :
N/A
DESIGN
IMPOSSIBILITE DE REALISER UNE ACTION
PAS D'ACCES AUX INFORMATIONS REQUISES
AUTRE : _____

USAGER ▼ :
N/A
COMPLEXITE DES SOINS OU TRAITEMENTS
MANQUE DE COOPERATION
MANQUE DE FORMATION
AUTRE : _____

10 – SUIVI ET RECOMMANDATIONS *(À REMPLIR PAR LA PERSONNE QUI FAIT LE SUIVI DES FORMULAIRES)*

MESURES A PRENDRE SUSCEPTIBLES DE CORRIGER LA SITUATION ▼ :
AUCUNE
ENVIRONNEMENT MODIFIE
INFORMATISATION MODIFIEE
CREATION D'UNE PROCEDURE
FORMATION ET ENTRAINEMENT
AMELIORATION DES PROCESSUS DE COMMUNICATION
AUTRE : _____

© CIRANO 2004 - Nathalie de Marcellis-Warin

SUIVI :
NOM : _____
TITRE : _____
DATE DU RAPPORT :
_____
_____
_____

RECOMMANDATION D'ENQUETE APPROFONDIE

10 – TEMOINS

NOM : _____
COORDONNÉES : _____

NOM : _____
COORDONNÉES : _____

DIVULGATION (A VALIDER)

NON
OUI : ***(QUI, A QUI, QUAND)***_____

FORMULAIRE DE DECLARATION COMPLEMENTAIRE MEDICAMENT

CONTENU

IDENTIFICATION DES CAUSES PROBABLES ET DES FACTEURS RELIES A L'INCIDENT/ACCIDENT

CAUSES PROBABLES IDENTIFIEES ▼:

DEFAILLANCE ORGANISATIONNELLE ▼ :

N/A

PROBLEME DANS LES FAÇONS DE FAIRE (PROCEDURES, PROTOCOLES, PROCESSUS, STANDARDISATION) ▼

Absence □
Pas appliqué □
Confusion / manque de coordination □

PROBLEME DE COMMUNICATION ECRITE (PAPIER OU INFORMATISEE) ▼

Illisible, omise, incomplète, inexacte, confuse □
Non sécuritaire (abréviations, unités autres qu'internationales, zéro en début ou en fin de dose, utilisation de décimales) □
Lecture omise ou inexacte □

PROBLEME DE COMMUNICATION VERBALE ▼ :

Entre différents professionnels□
Entre différents quarts de travail ou membres d'une même équipe□
Entre le patient et les professionnels□

PROBLEME DE DELAI (TRANSMISSION D'INFORMATION OU PROVISION D'UN SERVICE OU SOIN)

AUTRE :_____

DEFAILLANCE HUMAINE ▼ :

N/A

BASE SUR DES INFORMATIONS INCORRECTES

DISTRACTION OU INTERRUPTION

MANQUE D'EXPERIENCE, DE FORMATION OU DE FAMILIARISATION

MANQUE DE CONNAISSANCE

© CIRANO 2004 - Nathalie de Marcellis-Warin

OUBLI
CALCUL ERRONE
AUTRE : _____

DEFAILLANCE TECHNIQUE ▼ :
N/A
APPAREILS DE COMMUNICATION
INFORMATIQUES,
AUTOMATION,
APPAREILS MEDICAUX
AUTRE : _____

DEFAILLANCE DU FOURNISSEUR ▼ :`
N/A
IMPRECISIONS
CONFUSION DANS L'ETIQUETAGE
CONFUSION DANS L'EMBALLAGE,
CONFUSION DANS L'ENCART D'INFORMATION,
CONFUSION DANS MATERIEL DE REFERENCE
CONFUSION DANS PUBLICITE
AUTRE : _____

FACTEURS CONTRIBUTIFS

CONFUSION ENTRE DEUX PRODUITS ▼ :
N/A
NOM D'APPARENCE SIMILAIRE A UN AUTRE PRODUIT
NOM DE CONSONANCE SIMILAIRE A UN AUTRE PRODUIT
NOM PRETE A CONFUSION
APPARENCE DE L'EMBALLAGE SIMILAIRE A CELLE D'UN AUTRE PRODUIT
APPARENCE DU COMPRIME/VIAL… SIMILAIRE A CELLE D'UN AUTRE PRODUIT
APPARENCE DU COMPRIME/VIAL… SIMILAIRE A CELLE D'UNE CONCENTRATION DIFFERENTE DU MEME PRODUIT.
AUTRE : _____

ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL ▼ :
N/A
LUMIÈRE
BRUIT
ERGONOMIE
CIRCULATION
TEMPERATURE AMBIANTE
AUTRE : _____

ASPECT TEMPOREL ▼ :
N/A

CONTRAINTE DE TEMPS
URGENCE
PLUSIEURS ACTIONS EN MEME TEMPS
INTERRUPTIONS FREQUENTES
ACTIONS REPETITIVES
AUTRE : _____

INDIVIDU ▼ :
N/A
CHARGE DE TRAVAIL,
STRESS,
FATIGUE,
PERIODE D'ORIENTATION,
INCONFORT DANS LA SITUATION, …
AUTRE : _____

ÉQUIPE ▼ :
N/A
PERSONNEL INEXPERIMENTE
TEMPORAIRE
ETUDIANTS
CHANGEMENT DE QUART
PRESSION SUR L'EQUIPE
MANQUE DE SUPERVISION
CONFLIT OU INTIMIDATION
AUTRE : _____

ORGANISATION ▼ :
N/A
TRANSFERT DU PATIENT
COORDINATION DE PLUSIEURS PROCEDURES, PROTOCOLES ET PROCESSUS
COORDINATION DE PLUSIEURS INTERVENANTS
AUTRE : _____

MATERIEL ET EQUIPEMENT ▼ :
N/A
DESIGN
IMPOSSIBILITE DE REALISER UNE ACTION
PAS D'ACCES AUX INFORMATIONS REQUISES
AUTRE : _____

USAGER ▼ :
N/A
COMPLEXITE DES SOINS OU TRAITEMENTS
MANQUE DE COOPERATION
MANQUE DE FORMATION
AUTRE : _____

ANNEXE 5.1.1 : Exemple de modification de saisie FORMULAIRE AH-223 Point 2 B : MEDICATION

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'usager.	Le médicament est servi à un usager qui n'est pas le destinataire prévu.
(6) Mauvaise dose donnée à l'usager.	La dose servie à l'usager 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'usager.	Le médicament donné à l'usager par l'unité n'est pas le bon.
(9) Médicament donné non prescrit.	Le médicament a été donné à l'usager, 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'usager 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

© CIRANO 2004 - Nathalie de Marcellis-Warin

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
Ancef	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
Sérax	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 5.2.2 : Classification des erreurs de médication du NCC MERP

(National Coordinating Council for Medication Error Declaration and Prevention)

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

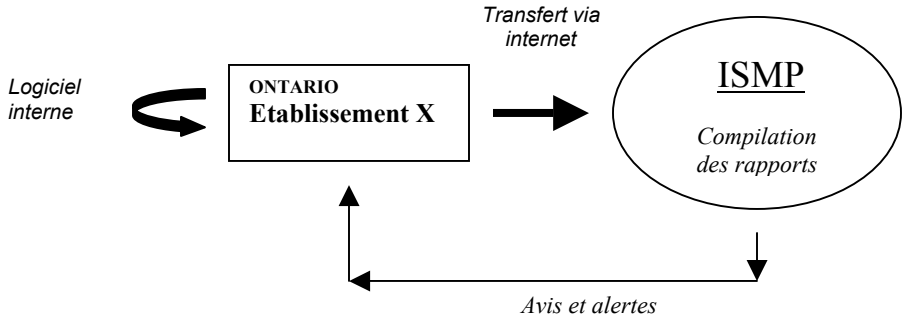
Type d'erreur	Résultat (conséquence)
Aucune erreur	
Catégorie A	Circonstances ou événements qui auraient pu causer une erreur
Erreur, aucun dommage	
Catégorie B	Une erreur est survenue mais le médicament n'a été administré au patient.
Catégorie C	Une erreur est survenue, le médicament a été administré 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 5.2.3 Déclaration et analyse des erreurs reliées à la médication avec ISMP Canada

Description et commentaires

Nathalie de Marcellis-Warin
Ingrid Peignier

Pour la déclaration et l'analyse des événements reliés a la médication, **ISMP Canada**[12] propose un outil qui permet aux établissements qui le souhaitent à la fois de créer une base de données interne en saisissant les fiches de déclaration des événements lies a la médication et les résultats des analyses de causes effectuées mais aussi de transférer certaines données via Internet sur le site de ISMP dans une base de données inter-établissements. Il est actuellement disponible en anglais et est utilisé principalement par les établissements de l'Ontario. Au départ, c'est un logiciel interne aux établissements. Ceux-ci paient une licence afin d'utiliser le logiciel. Les hôpitaux choisissent alors les rapports qu'ils souhaitent envoyer à ISMP Canada pour que ces rapports soient disponibles sur l'Internet. On ne doit donc pas se connecter à Internet pendant la première phase de rentrée des données à l'interne et si on le souhaite tout peut être exécuté sur un ordinateur local. Le but ultime étant tout de même un partage d'information et un retour d'expérience. Les données concernant les patients n'apparaissent jamais sur la base de donnée disponible sur Internet. ISMP Canada peut alors compiler les différents rapports et émettre des avis ou des alertes par email à tous les établissements inscrits pour leur faire part d'une erreur grave par exemple. Le fonctionnement est le suivant :



[12] ISMP Canada est une agence indépendante canadienne sans but lucratif établie pour la collecte et l'analyse des rapports d'erreurs de médication et du développement des recommandations pour le perfectionnement de la sécurité des patients.

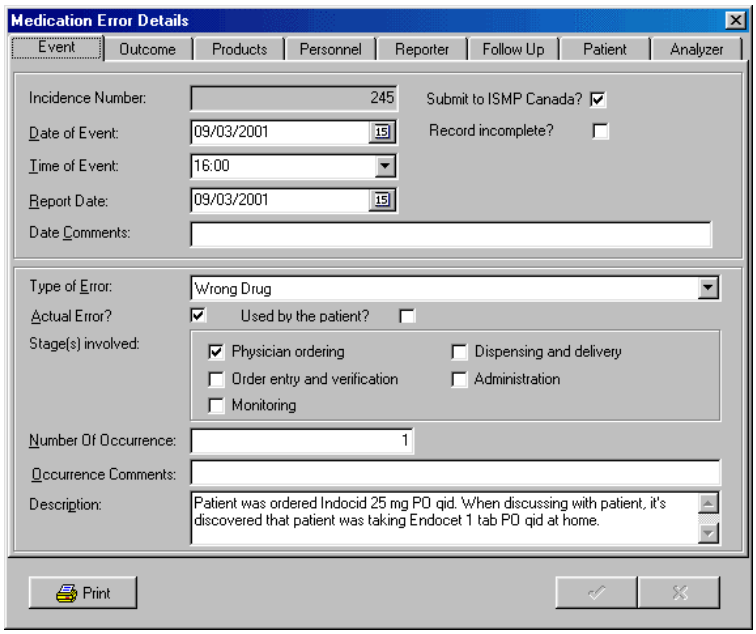
Le logiciel Analyse-Err® a deux composantes :

1) La déclaration : il permet d'enregistrer les incidents
2) L'analyse : il permet d'analyser les erreurs afin d'identifier les causes racine

Ces deux parties sont indépendantes et peuvent être dissociées après que les données aient été saisies. Certains champs sont obligatoires mais d'autres peuvent être modifiés en fonction des besoins des établissements. Des graphiques, des rapports et des outils de recherche sont disponibles pour faciliter le processus. Nous allons présenter certaines pages (ou écrans) du logiciel que l'on a à compléter lorsque l'on déclare ou analyse une erreur liée a la médication.

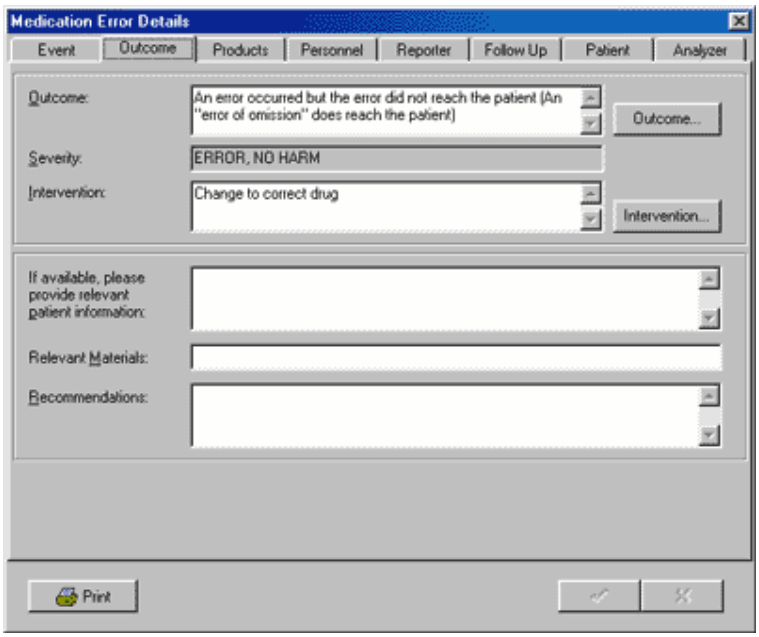
1) La déclaration

- Description de l'événement :

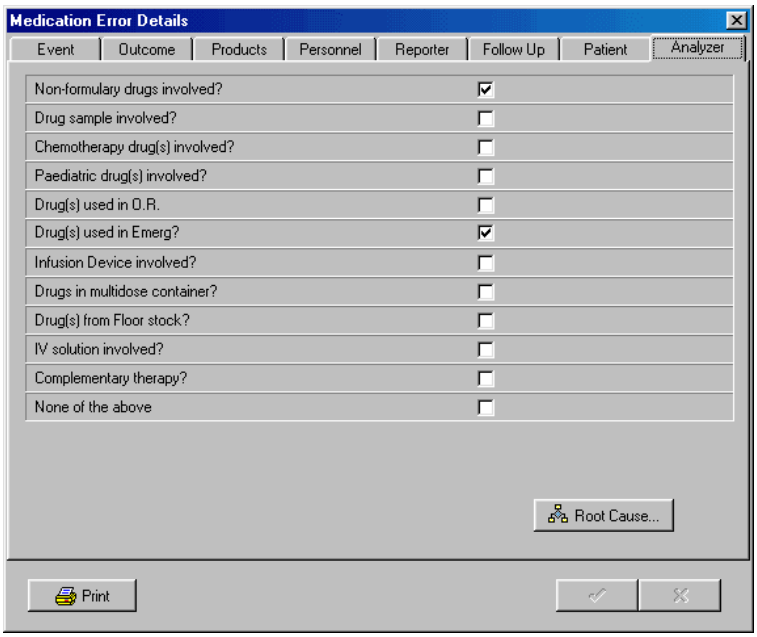


- Détails des conséquences : les conséquences et les interventions sont pré-définies. Les catégories de conséquences proviennent de la taxonomie des erreurs de médicaments définies par le NCC-MERP[13].

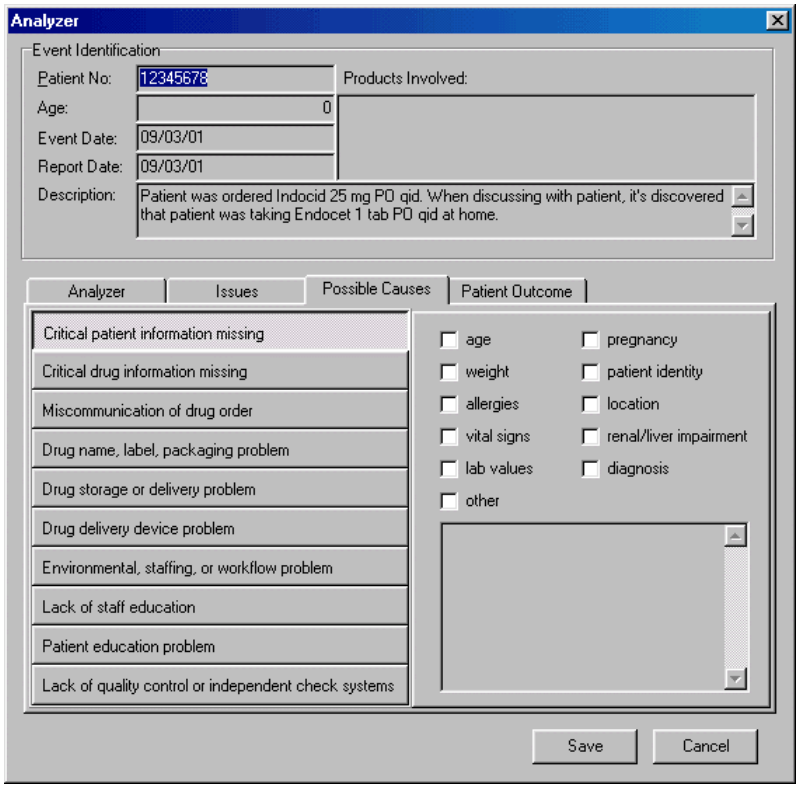
[13] The National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention, http://www.nccmerp.org/



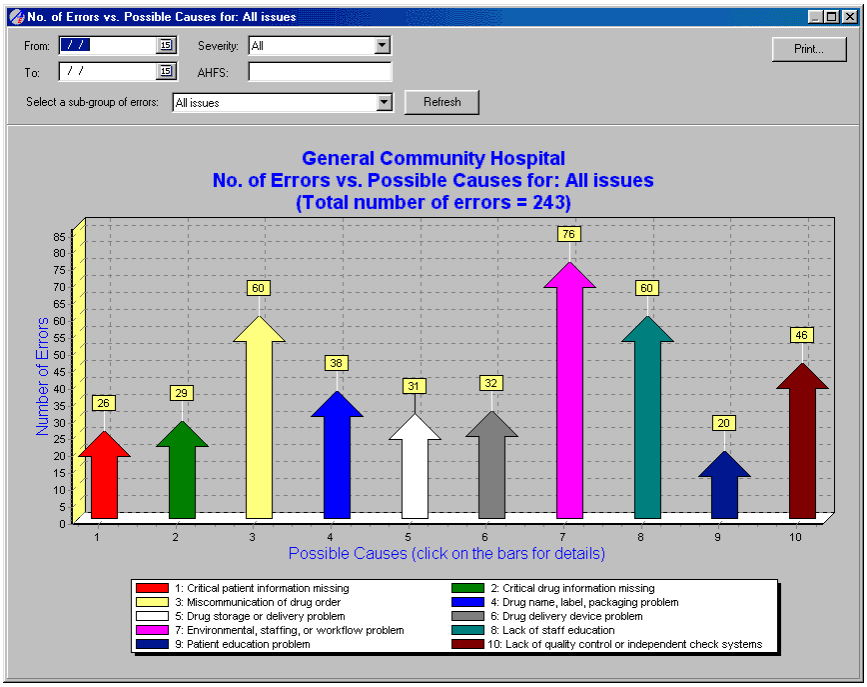
2) L'analyse (module *Analyzer*)



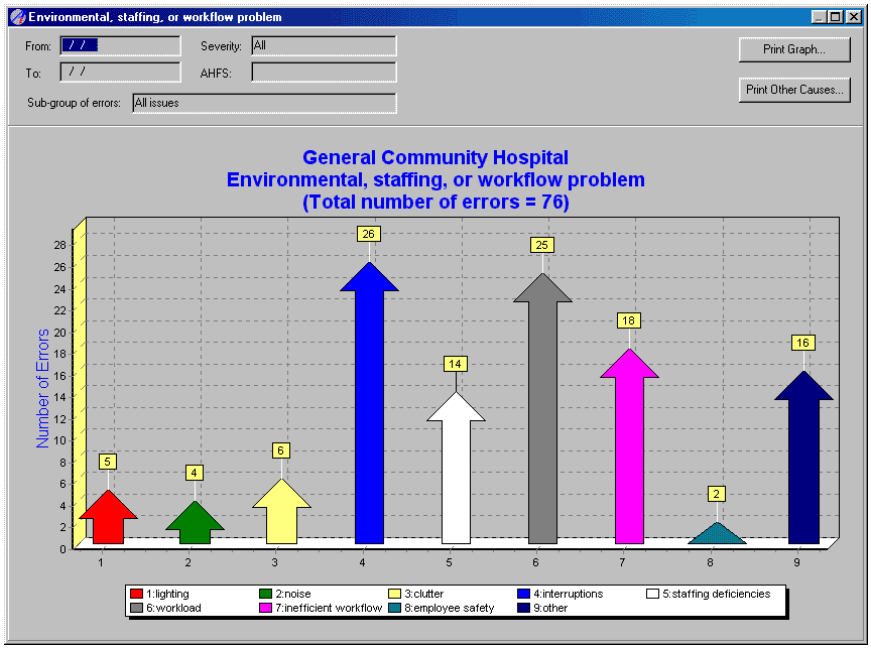
L'analyse des causes racines se fait de façon très simple : il y a le choix entre 10 facteurs avec des sous-facteurs associés.



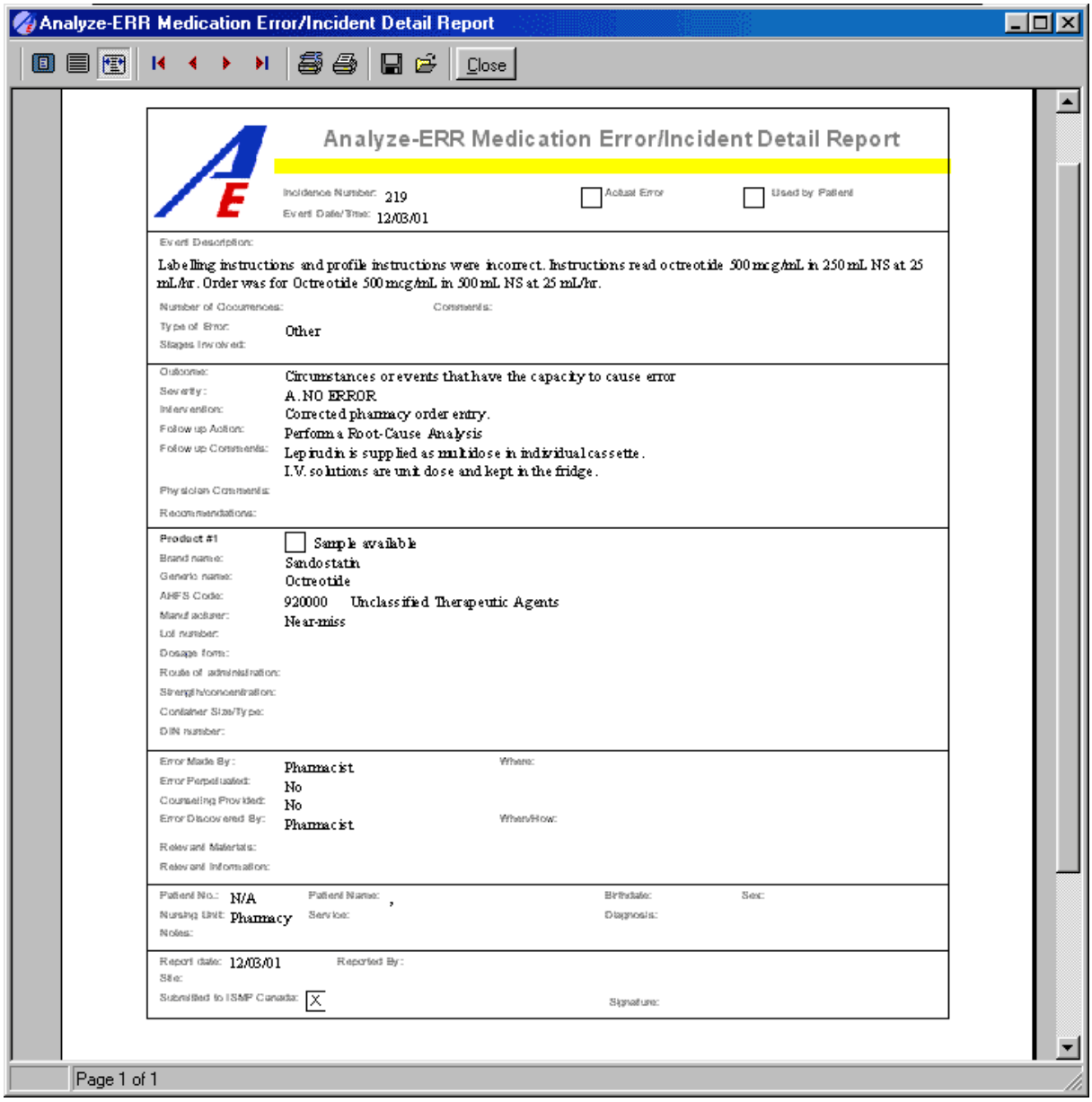
Les causes racines agrégées peuvent être présentées sous forme de graphiques. Les causes racine peuvent être associées par date, par sévérité, par code AHFS ou par niveau de conséquence.



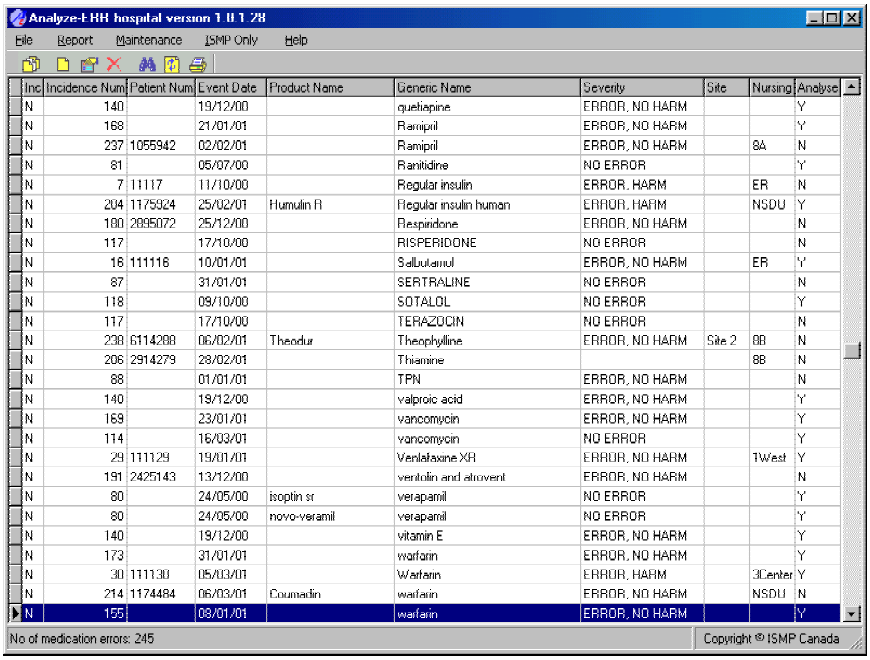
Si l'utilisateur clique sur n'importe quelles barres cela le conduira au prochain niveau des causes, comme montré dans le graphique ci-dessous.



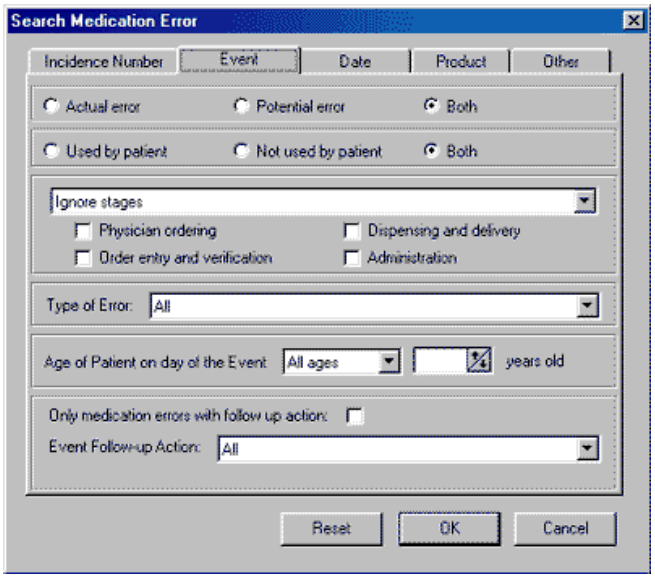
Exemple de rapport d'incident / accident imprimé avec Analyse-Err®



Un tableau récapitulatif compile une partie des informations contenue dans le formulaire de déclaration. Les champs utilisés sont les suivants: Numéro du patient ; Date de l'événement ; Type d'erreur ; Etapes impliquées ; Nom générique du médicament ; Sévérité; Actions prises ; Analyse effectuée.



Un outil de recherche est disponible et les critères de recherche sont nombreux. Il est aussi disponible pour la base de données sur l'Internet. Les analyses des causes racines sont accessibles à la fois les analyses agrégées pour tous les établissements et les analyses propres à son établissement.



<u>Commentaires et recommandations CIRANO</u> :

L'objectif de ISMP est de construire une base de données canadienne des erreurs liées a la médication. Le but étant un partage d'information et un retour d'expérience, plus il y a d'établissements qui transmettent des données et plus il y a de rapports de déclarations effectués, plus cela est intéressant pour tout le monde.

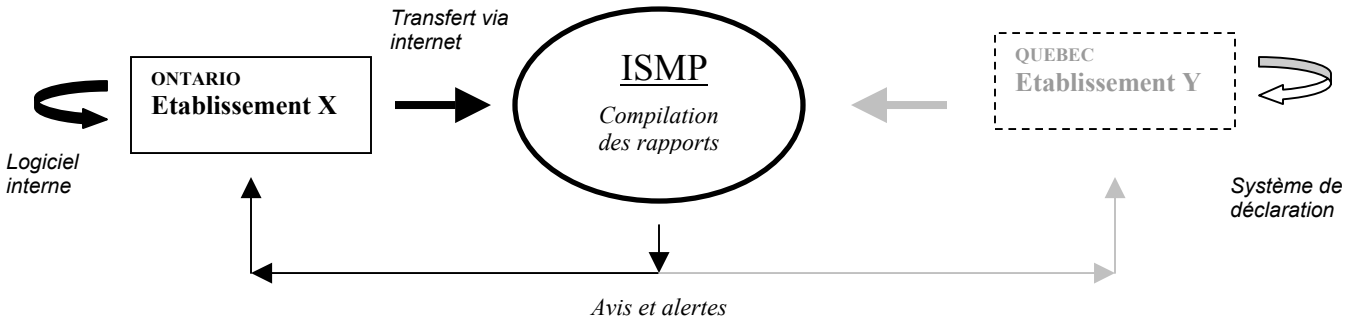
➔ Au Québec, la loi oblige la déclaration de tous les incidents/accidents. Toutefois, les systèmes de déclaration sont différents dans les différentes provinces et le plus souvent mis en place sur une base volontaire. L'utilisation de ISMP est aussi volontaire et le coté volontaire semble très important car il est mis en avant. Il faudrait voir comment une démarche obligatoire pour certains établissements et une démarche volontaire pour d'autre peuvent coexister. Il ne faudrait pas que l'analyse des données agrégées soit mal interprétée par exemple.

➔ Il faudrait que le contenu du formulaire de déclaration des erreurs de médicaments utilisé au Québec soit identique a celui d'ISMP (ou éventuellement que ISMP accepte de faire des changements si nécessaires) pour que les établissements du réseau qui le souhaitent puissent transférer les données à ISMP sans avoir à saisir d'autres champs ou complètement ressaisir toute la déclaration.

➔ L'objectif de la loi est d'avoir un registre provincial. Les données sur les erreurs de médicaments font partie intégrante de ce registre et doivent être transférées par les établissements. Il faudrait que les systèmes soient compatibles. Dans le cas d'un système de déclaration informatise, cela pourrait être une fonction supplémentaire du système.

Recommandation : Si la proposition de contenu avec un formulaire spécifique est retenue (avec un écran de saisie et des formulaires spécifiques), on pourrait envisager d'arrimer la déclaration des erreurs de médication avec l'outil ISMP.

Le fonctionnement pourrait être le suivant :



5.3 FORMULAIRE DE DECLARATION CHUTES

CONTENU

Denis Gagnon B.Sc.Inf., M.B.A.

Président du comité de prévention des chutes
du Centre hospitalier Robert-Giffard

---

1. Analyse sommaire du formulaire *(AH-223)* en regard des chutes de la clientèle en établissements de santé

Bien que l'utilisation d'un seul formulaire pour colliger les différentes natures d'incident/accident puisse présenter certains avantages, un formulaire « général » permet difficilement l'analyse spécifique et nécessaire à l'identification des facteurs contributifs ayant pu entraîner l'événement, particulièrement en regard de la problématique multifactorielle associable aux chutes.

L'ajout d'une section réservée à l'identification des facteurs contributifs et aux mesures à envisager permettrait d'outiller le personnel soignant pour la réalisation d'une démarche étiologique lors de l'occurrence de l'événement et, du même coup, pourrait encourager au sein des établissements une culture de gestion des risques et de prévention de la récurrence de tels événements.

En regard du formulaire actuel, nous notons également un manque de précision, sinon l'absence de notification de certains éléments importants lors de l'évaluation clinique de la personne ayant chuté, éléments qui pourraient entre autres guider le personnel médical quant aux examens complémentaires requis et quant à l'établissement d'un diagnostic conséquent.

Nous estimons de plus qu'un tel formulaire doit faciliter la saisie, le traitement et l'analyse des données à des fins de surveillance, de prévention, de contrôle et de recherche de façon à faciliter l'orientation des processus d'amélioration continue de la qualité des soins et des services. À cet égard, le formulaire devrait permettre une saisie facile, précise et uniforme des données pertinentes.

En définitive, nous sommes d'avis qu'un **formulaire de déclaration et d'analyse spécifique aux chutes** de la clientèle devrait être développé et implanté. À cet égard, dans le cadre de la collaboration avec CIRANO pour laquelle nous avons été sollicités, nous prenons soin de joindre un modèle de rapport qui répondrait davantage aux nécessités relevées.

© CIRANO 2004 - Nathalie de Marcellis-Warin

2. Présentation de la proposition de contenu du formulaire de déclaration et d'analyse d'une chute

Le document soumis est divisé en huit sections :

- renseignements généraux;
- description de la chute;
- évaluation clinique et mesures immédiates;
- identification des facteurs reliés à la chute et mesures à envisager;
- actions retenues pour prévenir la répétition de l'événement;
- signataire du rapport;
- renseignements complémentaires/bilan et recommandations;
- signature du gestionnaire.

La section « **Renseignements généraux** » présente les données essentielles permettant, entre autres, l'identification de la personne ayant chuté. Cette section est semblable, en termes de contenu, à la section correspondante du rapport d'incident/accident (AH-223) actuel.

La section « **Description de la chute** » est un remaniement des sections 1, 2C, 2F, 6 et 10 du rapport AH-223 actuel. Pour des raisons de précision, nous y avons ajouté le numéro de la pièce où est survenue la chute. Par souci d'économie d'espace, nous avons retranché plusieurs des endroits énumérés sur le formulaire AH-223 actuel pour ne conserver que les endroits où surviennent le plus souvent les chutes de la clientèle, en fonction de ce qui est rapporté dans la littérature et selon l'étude de nos propres statistiques. Les différentes circonstances des chutes ont été détaillées en fonction de l'activité ou du mouvement de l'usager plutôt qu'en fonction de l'utilisation d'un matériel. Une description des faits et l'identification de témoin lors de la chute y figurent également.

La section « **Évaluation clinique et mesures immédiates** » est tout à fait novatrice. Cette section est nettement plus précise que les sections 4A, 4B et 5 du formulaire AH-223 actuel. Des données importantes à recueillir au moment de l'événement peuvent orienter l'investigation clinique et diagnostique, de même que le traitement subséquent pouvant être requis. Par exemple, une perte de conscience lors de l'événement pourrait signaler un problème cardio-vasculaire; la détérioration de l'état de conscience peut être un symptôme aggravant relié aux conséquences de la chute; une température élevée peut signaler un processus infectieux, entraînant une faiblesse généralisée chez la personne; la prise de la tension artérielle en position couchée et debout peut mettre en évidence une hypotension orthostatique; le raccourcissement accompagné d'une position en rotation externe d'un membre inférieur peut laisser présager une fracture de hanche; autant d'éléments dont il faut tenir compte et qui pourraient être des facteurs explicatifs ou consécutifs à la chute. L'identification et la localisation de la blessure, les premiers soins prodigués et les personnes avisées sont des éléments faisant également partie de cette section.

© CIRANO 2004 - Nathalie de Marcellis-Warin

La section suivante « **Identification des facteurs reliés à la chute et mesures à envisager** » est cruciale en termes de prévention des chutes et de gestion des risques. Cette section structure une démarche étiologique des facteurs reliés à la personne et à son environnement qui ont pu prédisposer la personne à être à risque de chuter ou encore en précipiter l'occurrence. Cette section suggère également des mesures concomitantes pouvant être envisagées en fonction des risques identifiés chez la personne ou dans l'environnement. Le caractère multifactoriel des chutes étant largement reconnu à travers les études, nous avons tenté de retenir les éléments le plus souvent répertoriés dans la littérature et qui font le plus de sens au plan clinique et préventif. Cette section est sûrement un élément-clé d'une démarche à réaliser en interdisciplinarité pour transcender le simple constat ou la simple déclaration de la chute survenue, de manière à prendre en compte les mesures qui seraient les plus appropriées à mettre en place pour prévenir la récurrence de l'événement chez la clientèle. À cet égard, la section « Actions retenues pour prévenir la répétition de l'événement » fait état des actions que l'on devrait retrouver détaillées au plan de soins ou d'intervention de la personne, suivie de l'identification du « **Signataire du rapport** ».

À l'instar du formulaire AH-223 actuel (Section 9), nous avons aménagé une section «**Renseignements complémentaires/Bilan et recommandations**» à remplir par le gestionnaire, reconnaissant la nécessité d'un processus de suivi et de contrôle de ces événements dans une perspective de gestion du risque et d'amélioration continue de la qualité des soins.

Ce formulaire étant partie intégrante du dossier, nous croyons que le rapport de déclaration et d'analyse d'une chute se doit de témoigner avec professionnalisme et rigueur d'un processus concourant, ne laissant aucune place à quelque négligence ou fatalisme que ce soit.

Nous croyons que l'infirmière et le médecin doivent être interpellés au premier chef en regard de la constatation de l'événement, de l'intervention immédiate, de la rédaction du rapport et de l'initiation des mesures à envisager en équipe interdisciplinaire.

Nous estimons également qu'il faille disposer d'un délai suffisant pour favoriser l'analyse de la chute, l'identification des mesures préventives appropriées et leur notification complète et exacte sur le formulaire. En conséquence, il y aurait lieu de prévoir un artifice qui permettrait de détacher les trois premières sections du rapport pour les acheminer aux instances concernées, advenant la nécessité de leur acheminer prestement la déclaration de l'événement.

Enfin, nous estimons qu'il serait pertinent d'élaborer un **guide sur les consignes d'utilisation du formulaire**, de même qu'une **formation appropriée** sur le phénomène des chutes de la clientèle, le processus d'analyse et l'identification des mesures susceptibles de contribuer à en prévenir l'occurrence, dans un contexte de gestion des risques et d'amélioration continue de la qualité.

© CIRANO 2004 - Nathalie de Marcellis-Warin

Liste des membres du Comité de prévention
Centre Hospitalier Robert-Giffard

(* personnes rencontrées par le CIRANO)

Denis Gagnon, infirmier bachelier *

Dre Catherine Gagnon, md santé publique *

Sebastion Giguere, éducateur physique

Dominique Harvey, infirmière Bachelière

Dr Cherine Hazzi, omnipraticien

Dre Evelyn Keller, gérontopsychiatre

Frances P. Marois, physiothérapeute *

Dre Carole Parent, neurologue

Audrey Theberge, ergothérapeute

Claire Thibault, chef d'unités

Dominique Tougas, pharmacienne *

Johanne Guillemette, chef d'unité *

© CIRANO 2004 - Nathalie de Marcellis-Warin

Rapport de déclaration et d'analyse d'une chute

Document de travail

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Nom de l'établissement : _____

Statut ☐ Usager ☐ Autre : _____

Sexe ☐ M ☐ F

Régime de protection ☐ Non ☐ Oui Public ☐ Privé ☐

NOM ET PRÉNOM DE L'USAGER : _____

Date de naissance Année ☐☐☐☐ Mois ☐☐ Jour ☐☐

N° chambre _____ **N° dossier** _____

Unité : _____

N° assurance maladie _____ Nom du médecin traitant _____

DESCRIPTION DE LA CHUTE

Date et heure Année ☐☐☐☐ Mois ☐☐ Jour ☐☐ Heure ☐☐ : ☐☐

Endroit **N° pièce :** _____

Chambre ☐ Corridor ☐ Toilette ☐ Baignoire ☐ Salle de séjour ☐ Salle à manger ☐

Autres ☐ Précisez : _____

Circonstances

En marchant ☐ En s'assoyant ☐

En se levant ☐ Poussé\Heurté ☐

Indéterminé/Trouvé par terre ☐

Autre ☐ Précisez : _____

Description des faits : _____

Témoin (s) de la chute : ☐ Non ☐ Oui Nom et prénom : _____ **Titre :** _____

Évaluation clinique et mesures immédiates

Perte de conscience Oui ☐ Non ☐ Détérioration de l'état de conscience Oui ☐ Non ☐

Signes vitaux : T° : _____ Resp. : _____ Pouls régulier : _____ TA : couché : _____

irrégulier : _____ debout : _____ (Si personne mobilisable)

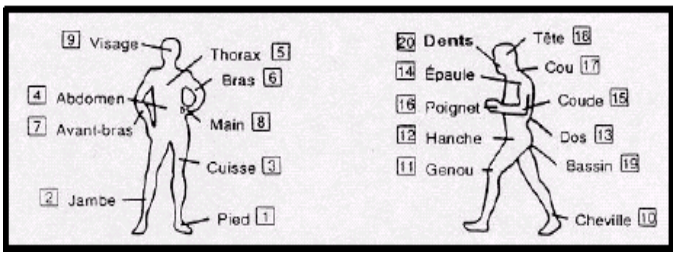
Raccourcissement et rotation externe d'un membre inférieur Non ☐ Oui ☐ Droit ☐ Gauche ☐

Douleur Non ☐ Oui ☐ Localisation : _____

Blessure(s) physique(s) Non ☐ Oui ☐

*Veuillez cocher la nature de la blessure observée et inscrire tous les numéros correspondant à la localisation de chaque blessure en spécifiant côté gauche (G) ou droit (D)

Localisation de la blessure et nature de la blessure



Commotion ☐ _____ Entorse ☐ _____

Contusion ☐ _____ Éraflure ☐ _____

Coupure ☐ _____ Fracture ☐ _____

Dislocation ☐ _____

Autres spécifiez : _____

Premiers soins prodigués: _____

Personnes avisées (médecin, famille/curateur, gestionnaire)

	Nom	Date	Heure		
Médecin :	_____	_____	_____	Visite faite Non ☐ Oui ☐	Date : _____
Gestionnaire :	_____	_____	_____		Heure : _____
Famille/Curateur :	_____	_____	_____		

Identification des facteurs reliés à la chute et mesures à envisager

Facteurs reliés à la personne

Histoire de chutes antérieures (< 1 an)	Oui ☐	Non ☐
Troubles d'équilibre	Oui ☐	Non ☐
Troubles de la démarche	Oui ☐	Non ☐
Faiblesse des membres inférieurs	Oui ☐	Non ☐
Anomalie des pieds ou des membres inférieurs	Oui ☐	Non ☐
Omission d'utiliser aide technique	Oui ☐	Non ☐
Port de chaussures	adéquates ☐	inadéquates ☐
Psychotropes	Oui ☐	Non ☐
Médicaments (≧ 4)	Oui ☐	Non ☐
Changement à la médication (< 7 jours)	Oui ☐	Non ☐
Médicament PRN reçu (≤ 48 heures)	Oui ☐	Non ☐

Mesures à envisager

Analyse synthèse des chutes antérieures	Oui ☐	Non ☐
Examen physique	Oui ☐	Non ☐
Évaluation nutritionnelle	Oui ☐	Non ☐
Évaluation en physiothérapie	Oui ☐	Non ☐
Évaluation en ergothérapie	Oui ☐	Non ☐
Évaluation de la thérapie médicamenteuse	Oui ☐	Non ☐
Aides techniques à adapter	Oui ☐	Non ☐
Vérification\Ajustement des chaussures	Oui ☐	Non ☐
Évaluation de la thérapie médicamenteuse	Oui ☐	Non ☐

Troubles cognitifs	Oui ☐	Non ☐	Évaluation de l'état mental	Oui ☐	Non ☐
Hardiesse/Témérité	Oui ☐	Non ☐	Évaluation de la thérapie médicamenteuse	Oui ☐	Non ☐
Agitation psychomotrice	Oui ☐	Non ☐			
Ralentissement psychomoteur	Oui ☐	Non ☐			
Incontinence	Oui ☐	Non ☐	Évaluation médicale	Oui ☐	Non ☐
Urgence mictionnelle	Oui ☐	Non ☐	Horaire mictionnel	Oui ☐	Non ☐
Troubles visuels	Oui ☐	Non ☐	Examen visuel	Oui ☐	Non ☐
Autres troubles sensoriels	Non ☐		Port approprié des verres correcteurs	Oui ☐	Non ☐
	Oui ☐	Précisez : _____			
Hypotension orthostatique	Oui ☐	Non ☐	Évaluation de la thérapie médicamenteuse	Oui ☐	Non ☐
			Enseignement et conseils reliés à l'hypotension	Oui ☐	Non ☐
			Évaluation médicale	Oui ☐	Non ☐

Facteurs reliés à l'environnement			Mesures à envisager		
L'éclairage était faible	Oui ☐	Non ☐	Correction de l'éclairage	Oui ☐	Non ☐
La surface du plancher était dangereuse :			Réaménagement de la disposition du mobilier	Oui ☐	Non ☐
Parquet souillé	Oui ☐	Non ☐	Vérification de la sécurité des lieux et du matériel (Hauteur du lit/Freins/Fauteuils/Rampes/Planchers)	Oui ☐	Non ☐
Parquet glissant	Oui ☐	Non ☐			
Reflets sur le plancher	Oui ☐	Non ☐			
Irrégularité de la surface de marche	Oui ☐	Non ☐			
Des obstacles ont pu causer la chute	Oui ☐	Non ☐			
Équipement, mobilier défectueux	Oui ☐	Non ☐			
Rampes fixées non solidement	Oui ☐	Non ☐			
L'environnement était non familier à l'usager (Changement de chambre, d'unité, etc.)	Oui ☐	Non ☐			
Freins du lit enclenchés	Oui ☐	Non ☐			
Position du lit	Baissée ☐	Élevée ☐			
Contention(s) appliquée(s)	Oui ☐	Non ☐	Révision en équipe de la pertinence de l'utilisation des contentions/ridelles et recherche de mesures alternatives	Oui ☐	Non ☐
Ridelles de lit	Baissées ☐	Élevées ☐ Gauche ☐ Droit ☐			

Autres facteurs reliés à la chute (Précisez) : _____

Actions retenues pour prévenir la répétition de l'événement (À reporter au plan de soins/d'intervention)

Signataire du rapport

Nom	Prénom	Titre	Date	Signature

Renseignements complémentaires/Bilan et recommandations (Section à remplir par le gestionnaire)

Signature du gestionnaire

Nom	Prénom	Titre	Date	Signature

© Comité de prévention des chutes – Centre hospitalier Robert-Giffard Tous droits réservés

ANNEXE 6 : 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'usager, 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. »**