

Manuel : Général du Réseau de santé Vitalité

Titre :	INCIDENTS PRÉJUDICABLES		N° : GEN.5.30.10
Section :	5. Gestion des risques, Qualité et Sécurité des patients	Date d'entrée en vigueur :	2017-03-27
Mandataire :	Directrice – Gestion des risques et chef – Protection de la vie privée	Date de révision précédente :	2010-12-10
Approbateur :	Président-directeur général Gilles Lanteigne	Approuvée le :	2017-03-16
Établissement / programme :			

BUT

S'assurer que les incidents préjudiciables sont analysés de sorte à trouver les causes profondes et à mettre en œuvre des mesures correctives pour prévenir le même genre de situation dans l'avenir.

DÉFINITIONS

Incident lié à la sécurité des patients : Action ou situation ayant pu causer ou ayant bel et bien causé un préjudice inutile à un patient.

Incident : Incident qui résulte ou qui peut résulter en une blessure et/ou une perte pour un patient, un employé, un médecin, un visiteur, un bénévole, un étudiant ou autre, ou en un dommage aux biens, à l'équipement et/ou à la réputation du Réseau de santé Vitalité (par exemple : une chute, une erreur de médicament ou un traumatisme lié à un traitement).

Incident préjudiciable : Incident lié à la sécurité des patients qui a atteint le patient et lui a causé un préjudice. Ce terme remplace les termes « événement indésirable », « événement sentinelle » et « incident critique ».

Incident évité de justesse : Situation ou incident qui aurait pu entraîner une blessure ou une maladie chez un patient, mais qui n'est pas survenu en raison d'une intervention en temps opportun.

POLITIQUE

1. Tous les incidents préjudiciables doivent être gérés et consignés de façon appropriée, et ce, en conformité avec la politique de gestion des incidents GEN.5.20.10.
 - 1.1. Tous les incidents préjudiciables doivent être investigués promptement afin de déterminer les causes et les actions correctives. Le processus est représenté sous forme d'algorithme à l'annexe GEN.5.30.10 (1). L'arbre de décision en cas d'incident,

qui se trouve à l'annexe GEN.5.30.10 (2), sert de guide pour déterminer s'il convient de faire une revue.

2. Le conseiller du Service de la qualité et de la sécurité des patients est responsable :
 - 2.1. De déterminer le besoin d'une revue lors d'une consultation avec le Service de gestion des risques;
 - 2.2. De coordonner le processus de rencontre en invitant les membres nécessaires pour constituer le comité de revue de la qualité des soins et de la sécurité des patients;
 - 2.3. De contrôler les documents nécessaires en les présentant à la revue et en les récupérant par la suite;
 - 2.4. D'assurer la consignation des recommandations, ainsi que de suivre le développement des suivis et d'en rendre compte au Comité régional des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité.
3. Le comité de revue de la zone est responsable de la revue du cas présenté et de l'analyse des causes profondes; il s'assure d'émettre toutes les recommandations appropriées et d'en faire le suivi.
4. Si la situation est uniquement liée à la compétence d'un professionnel, les règlements régissant la pratique de ce professionnel et le gestionnaire impliqué (et non la présente politique) dicteront la procédure pour faire face à cette situation. Cette décision sera prise en consultation avec l'autorité professionnelle concernée. Les suivis se feront donc à ce niveau et non par le comité.
5. Toute consignation doit respecter les éléments suivants :
 - 5.1 La consignation doit être précise et factuelle;
 - 5.2 La communication verbale doit être privilégiée et la correspondance par courriel limitée;
 - 5.3 Aucune copie du rapport de suivi ou d'analyse ne doit être faite;
 - 5.4 Aucune note personnelle ne doit être produite ou conservée par les intervenants en cause, à moins que le secteur de gestion des risques ne le demande;
 - 5.5 Tout document doit comprendre la mention « PRIVILÉGIÉ ET CONFIDENTIEL AUX FINS D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ ».

PROCÉDURE

1. **Gestion immédiate de l'incident**

L'équipe de soins répond immédiatement à une situation afin de subvenir aux besoins du patient et du personnel en cause, de sécuriser l'endroit, de recueillir les faits et d'aviser les personnes appropriées.

1.1 **Chef / gestionnaire, personne déléguée ou personne responsable de l'équipe de soins / services**

1.1.1 La personne assure une réponse aux besoins immédiats du patient et de la famille.

1.1.2 La personne avise immédiatement le :

- Chef de service / de l'unité;
- Médecin traitant;

- Conseiller en gestion des risques;
 - Directeur du service / de l'unité ou l'administrateur en disponibilité.
- 1.1.3 Si une situation se produit le soir, la nuit ou la fin de semaine, la personne avise la surveillante et l'administrateur en disponibilité, et l'administrateur avise le conseiller en gestion des risques le jour ouvrable suivant.
- 1.1.4 La personne isole et place en lieu sûr les médicaments, le matériel et l'équipement qui auraient pu contribuer à l'incident.
- 1.1.5 Si la situation est liée à un mauvais fonctionnement de l'équipement, la personne retire l'équipement du service et appose une affiche « Ne pas utiliser ». La personne communique ensuite avec le Service d'ingénierie clinique. (Ne pas nettoyer, réparer, ni démanteler l'équipement.)
- 1.1.6 La personne s'assure d'une consignation adéquate, quant à tous les aspects cliniques de la situation, dans le dossier du patient.
- 1.1.7 La personne remplit un rapport d'incident.
- 1.1.8 La personne tient compte des besoins immédiats du personnel (p. ex., gestion du stress, compte rendu [« debriefing »], Programme d'aide aux employés et à la famille), des autres patients, de la famille et des visiteurs.
- 1.2 Médecin traitant au moment de l'incident**
- 1.2.1 Il répond aux besoins immédiats du patient et de la famille.
- 1.2.2 En collaboration avec les personnes concernées, il informe le patient de l'incident selon la politique de divulgation (GEN.5.30.20).
- 1.2.3 Il s'assure d'un soutien continu et il tient le patient informé ou tient son mandataire spécial informé, selon le cas.
- 1.2.4 Il avise son chef de département, qui avise le médecin-chef de la zone.
- 1.2.5 Il avise le médecin de famille, s'il y a lieu.
- 1.2.6 Il veille à ce que le coroner soit avisé en cas de décès imprévu.
- 1.3 Conseiller en gestion des risques**
- 1.3.1 Il informe verbalement son gestionnaire et, au besoin, les autorités pertinentes (p. ex., directeur, v.-p., police).
- 1.3.2 Il appuie les employés et le chef de service / de l'unité dans la gestion et la consignation de la situation en s'assurant de bien saisir tous les faits.
- 1.3.3 Il recueille :
- La liste du personnel en cause dans la situation;
 - Des copies des procédures et des protocoles pertinents;
 - Des copies des documents pertinents (p. ex., classeur Kardex, feuille d'inscription des médicaments, etc.);
 - Des copies de l'horaire de rotation et d'affectation du personnel;
 - Le nom des autres patients, de la famille et des visiteurs dans la chambre;
 - L'équipement, les appareils médicaux, le manuel du service, le numéro de série et le modèle s'il y a lieu (de concert avec le Service d'ingénierie clinique).
 - Il met en marche le processus pour sécuriser le dossier clinique du patient.

- Il reçoit et il compile tous les documents pour des fins de gestion des risques et de revue.
- Il prépare un rapport de la situation pour le comité de revue.

2. **Revue des incidents préjudiciables et analyse des causes profondes**

Il s'agit du processus selon lequel chaque incident grave est revu et analysé pour déterminer les causes et apporter les améliorations requises afin de prévenir un autre incident du genre.

2.1 **Le conseiller du Service de la qualité et de la sécurité des patients agit comme facilitateur du comité de revue (de zone) :**

2.1.1 Il obtient :

- Toute la documentation appropriée et les données au dossier;
- Toutes les politiques / directives associées;
- Toute information obtenue d'autres sources (p. ex., secteur de gestion des risques).

2.1.2 Il utilise l'arbre de décision en cas d'incident (annexe GEN.5.30.10 (2)) afin de déterminer, en collaboration avec les joueurs clés, si une revue est nécessaire.

2.1.3 Il ouvre un dossier de « Revue d'incident préjudiciable » et il compile toute l'information additionnelle. Aucune autre copie qu'une copie nécessaire à la revue ne doit être faite, et il faut détruire les copies additionnelles après la revue.

2.1.4 Il convoque une réunion du comité de revue des incidents préjudiciables dans les meilleurs délais.

2.1.5 Il facilite la réunion, et il coordonne la revue et l'analyse de l'incident préjudiciable.

2.1.6 Il prépare un rapport des revues exécutées pour le Comité régional des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité.

2.2 **Comité de revue des incidents préjudiciables**

2.2.1 Il examine toute la documentation.

2.2.2 Il procède à l'analyse des causes profondes, il détermine et priorise les améliorations ou les barrières à mettre en œuvre et, tout en se limitant à son rôle et en demeurant dans les paramètres du processus à l'étude, il formule toutes les recommandations appropriées.

2.2.3 Le conseiller du Service de la qualité et de la sécurité des patients de la zone présente un rapport sommaire avec des recommandations d'amélioration au directeur et au vice-président concernés, ainsi qu'au Comité régional des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité.

3. **Résolution et suivi**

3.1 Le Comité régional des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité révisé le rapport sommaire, confirme la faisabilité et la priorisation, et approuve les recommandations. Il recommande de plus un plan d'action, affecte les personnes responsables et s'assure de la mise en œuvre des recommandations et de leur régionalisation au besoin.

3.2 Un résumé de l'information factuelle de la situation et des recommandations découlant de l'analyse est conservé au Service de la qualité et de la sécurité des patients.

- 3.3 La vice-présidente à la Performance, à la Qualité et aux Services généraux présente un résumé des conclusions au Conseil d'administration par l'entremise du Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité.

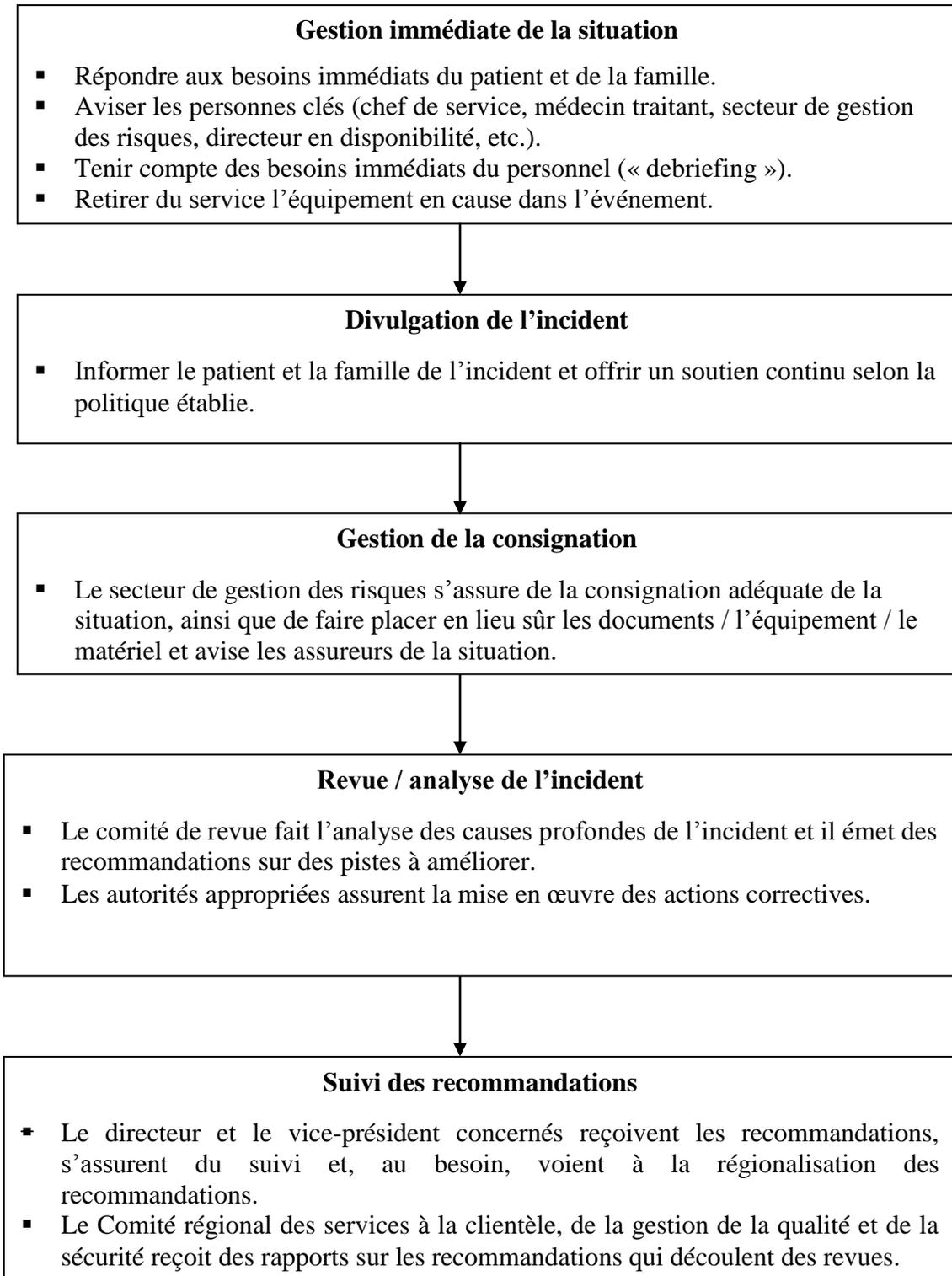
RENSEIGNEMENTS PERTINENTS SUPPLÉMENTAIRES

1. L'analyse des causes profondes est une évaluation intensive exécutée dans le but de prévenir un retour de la situation en déterminant les raisons sous-jacentes d'une situation indésirable ou d'un problème dans les systèmes. L'analyse :
 - 1.1 Se concentre sur les systèmes et les processus et non sur la performance individuelle;
 - 1.2 Débute par l'établissement des causes apparentes de la situation pour progresser jusqu'à la détermination des raisons de toutes les situations indésirables / tous les problèmes retrouvés dans les systèmes / processus;
 - 1.3 S'approfondit de façon répétitive à l'aide de la question « pourquoi », jusqu'à ce qu'aucune réponse logique additionnelle ne puisse être déterminée;
 - 1.4 Cerne les changements possibles dans les systèmes et les processus, soit par une redéfinition ou un développement de nouveaux systèmes ou processus qui vont améliorer la performance et réduire le risque, dans l'avenir, d'une situation similaire.

RÉFÉRENCES

1. Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP), *Guide canadien de l'analyse des causes souches*, décembre 2008.
2. *Glossaire canadien sur la prestation sécuritaire des soins et services au patient*, 2003.
3. Agrément Canada, *Guide de référence sur les événements sentinelles*.
4. *Cadre canadien d'analyse des incidents*,
<http://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/IncidentAnalysis/Documents/Canadian%20Incident%20Analysis%20Framework%20FR.PDF>
5. *PROJET DE LOI 35, Loi sur la qualité des soins de santé et la sécurité des patients*,
Troisième lecture : 2016-5-18

GESTION D'UN INCIDENT PRÉJUDICIABLE



ANNEXE GEN.5.30.10 (2)

