

Déclaration d'un incident/accident lié à un usager

Émise par : Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique

En vigueur depuis le 7 juin 2016

1. Objets

- Harmoniser la pratique de déclaration des incidents et des accidents au CISSS de l'Outaouais;
- Décrire le processus de déclaration lorsque survient un incident ou un accident lié la prestation de soins et services à l'usager;
- Préciser les rôles et les responsabilités des différents acteurs impliqués;
- Déclarer et documenter les événements pour en permettre l'analyse;
- Identifier les causes sous-jacentes des événements afin d'identifier et d'appliquer des mesures de prévention de la récurrence;
- Assurer une alimentation continue du registre local des incidents et accidents pour permettre une analyse et un suivi des tendances en matière de risques liés aux usagers.

2. Champ d'application

Tous les incidents et accidents liés à la prestation de soins et services aux usagers dans tous les lieux de prestations de soins et services.

3. Personnes visées

- Le personnel, les bénévoles et les stagiaires du CISSS de l'Outaouais;
- Les médecins et les dentistes exerçant leur profession dans une installation du CISSS de l'Outaouais;
- Les responsables et les employés dans les ressources ayant une entente contractuelle avec le CISSS de l'Outaouais, notamment les ressources intermédiaires et les ressources de type familial (RI et RTF).

4. Définitions

Accident

Action ou situation où le risque se réalise et est, ou pourrait être, à l'origine de conséquences sur l'état de santé ou le bien-être de l'usager.

Déclaration d'un incident/accident lié à un usager		PRO-007
Approuvée par : Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique	Adoption : 7 juin 2016 Révision :	Page 1 sur 13

Action immédiate

Action prise sans délai pour contrer ou renverser les effets ou les conséquences d'un événement.

Conséquence

Impact sur l'état de santé ou le bien-être de la personne victime d'un accident.

Déclaration

Action de porter à la connaissance de l'organisation, au moyen du formulaire AH-223, tout incident ou accident constaté par un employé, un professionnel qui exerce sa profession au sein de l'établissement, un stagiaire, un bénévole ou toute personne qui, en vertu d'un contrat, dispense des services aux usagers de cet établissement.

Dispensateur de soins et services

Personne qui est responsable de la dispensation de soins et services à un usager et qui, au moment où se produit l'événement, peut agir auprès de celui-ci, sécuriser l'environnement et prendre en charge la personne touchée afin qu'elle reçoive les soins appropriés (ex.: chef, médecin, infirmière, agent de relation humaine, éducateur).

Échelle de gravité (Annexe 1)

Outil servant à évaluer la gravité des conséquences découlant d'un événement.

Événement

Terme générique utilisé pour désigner toute situation non souhaitée, redoutée ou indésirable qui a ou aurait pu causer des dommages à la santé ou le bien-être de l'usager, ou encore, à leurs biens. L'événement désigne tout aussi bien un incident qu'un accident.

Événement sentinelle

Un événement qui demande une analyse approfondie et qui peut être de deux ordres :

- ceux qui ont eu ou qui auraient pu avoir des conséquences catastrophiques;
- ceux qui se produisent à une grande fréquence, même s'ils ne sont pas à l'origine de conséquences graves.

Gestionnaire en autorité

Le gestionnaire responsable du secteur d'activité où survient l'incident ou l'accident.

Incident

Action ou situation qui n'entraîne pas de conséquence sur l'état de santé ou le bien-être d'un usager, mais dont le résultat est inhabituel et qui, en d'autres occasions, pourrait entraîner des conséquences.

Déclaration d'un incident/accident lié à un usager		PRO-007
Approuvée par : Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique	Adoption : 7 juin 2016 Révision :	Page 2 sur 13

Mesure de soutien

Action prise envers l'utilisateur ou ses proches, ou moyens mis à leur disposition pour atténuer les conséquences de l'accident.

Mesure de prévention de la récurrence

Actions ou moyens pris pour éviter qu'un événement de même nature se reproduise.

Mode de saisie centralisé

Mode de fonctionnement selon lequel le personnel administratif saisie les données provenant des versions papiers des formulaires de déclaration AH-223, au registre local des incidents/accidents, pour une ou plusieurs unités administratives.

Mode de saisie décentralisé

Mode de fonctionnement selon lequel les formulaires de déclaration AH-223 sont directement remplis, de façon électronique, par les déclarants et gestionnaires en autorité, au registre local des incidents/accidents.

Risque

Combinaison de la probabilité qu'une situation pouvant entraîner des conséquences se produise et de l'importance des conséquences pouvant en résulter.

Usager

Toute personne qui a reçu, aurait dû recevoir, reçoit ou requiert des services de l'établissement; ce terme comprend, le cas échéant, tout représentant de l'utilisateur.

5. Étapes du processus de déclaration d'un incident/accident (Annexe 2)

5.1. Constat de l'événement et actions immédiates

Lorsqu'un événement se produit, les premières actions visent à sécuriser l'environnement immédiat. Ainsi, la personne qui constate l'événement doit s'assurer que l'utilisateur touché soit pris en charge et reçoive les soins appropriés.

5.2. Avis aux gestionnaires en autorité

L'événement doit être signalé au gestionnaire en autorité. Lorsqu'un événement sentinelle survient, le gestionnaire devra aviser à son tour son supérieur et le conseiller cadre à la gestion des risques, conformément à la «*Procédure de gestion des événements sentinelles*» (PRO-009).

5.3. Déclaration, divulgation et mesures de soutien

Une fois le signalement de l'événement effectué, celui-ci doit être documenté au moyen du formulaire de déclaration AH-223 (annexe 3). Toute personne qui constate un événement, doit remplir un formulaire de déclaration, qu'elle soit directement impliquée, qu'elle le découvre, en soit témoin ou la première informée.

Déclaration d'un incident/accident lié à un usager		PRO-007
Approuvée par : Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique	Adoption : 7 juin 2016 Révision :	Page 3 sur 13

Si des conséquences de gravité E1 et plus sont constatées suite à l'événement, une divulgation doit obligatoirement être effectuée afin d'informer l'utilisateur ou son représentant et ses proches des circonstances de l'événement. Des mesures de soutien peuvent être offertes au besoin. Celles-ci doivent être préalablement autorisées par le gestionnaire en autorité. À cette étape, se référer à la « *Procédure de divulgation de l'information à un usager à la suite d'un accident* » (PRO-008).

Pour les événements sentinelles de gravité G, H, I, les formulaires d'analyse détaillée (annexe 4) et de divulgation d'un incident/accident (annexe 5) doivent également être complétés par le gestionnaire et saisis au registre local. Les formulaires sont disponibles en version électronique dans le registre local des incidents et accidents.

Lorsque survient un accident ayant un niveau de gravité F, les formulaires d'analyse détaillée (annexe 4) et de divulgation d'un incident/accident (annexe 5) peuvent également être complétés en conformité à la « *Procédure de divulgation de l'information à un usager à la suite d'un accident* » (PRO-008) et à la « *Procédure de gestion des événements sentinelles* » (PRO-009).

5.4. Analyse sommaire de l'événement (section 10 à 13 du formulaire AH-223), mise en place et suivi des mesures préventives

En fonction des éléments d'informations recueillies à l'aide du formulaire AH-223, le gestionnaire en autorité procède à l'analyse de l'événement afin d'en déterminer les causes. Il détermine ensuite les mesures préventives à mettre en place afin d'agir sur les causes identifiées et ainsi réduire la probabilité de récurrence de l'événement. Le gestionnaire s'assure ensuite de l'application des mesures préventives préconisées.

5.5. Saisie informatique des formulaires de déclaration AH-223

Pour les événements survenus au sein d'un milieu de services qui fonctionne selon un **mode de saisie décentralisé**, la déclaration et l'analyse sommaire se font directement au registre local des incidents et accidents. Une copie des sections du déclarant doit être versée au dossier de l'utilisateur touché par l'événement dès que possible.

Pour ce qui est des événements survenus dans un milieu de service qui fonctionne selon un **mode de saisie centralisé**, les sections du déclarant et du gestionnaire sont remplies sur une version papier du formulaire de déclaration AH-223. Une fois le formulaire entièrement rempli, un membre du personnel administratif doit saisir ce formulaire au registre local des incidents et accidents du milieu de services où s'est produit l'événement.

- La copie blanche doit être versée au dossier de l'utilisateur dès que possible.
- La copie jaune doit être acheminée à la Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique.

Déclaration d'un incident/accident lié à un usager		PRO-007
Approuvée par : Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique	Adoption : 7 juin 2016 Révision :	Page 4 sur 13

Dans tous les cas, un délai de 21 jours est accordé pour finaliser la saisie des données au registre local des incidents/accidents, partie 1 à 13 du formulaire AH-223.

6. Rôles et responsabilités¹

6.1. Déclarant

Lors d'un incident :

- S'assure de la sécurité de l'environnement immédiat;
- Avise, au besoin, tout autre dispensateur de soins et services immédiatement ou dès que possible, ainsi que le gestionnaire en autorité;
- Rempli le formulaire AH-223 « Rapport de déclaration d'incident ou d'accident » sections 1 à 9 et le transmet au gestionnaire en autorité;
- Collabore à la recherche et à l'application de mesures préventives pour éviter l'occurrence d'un événement.

Lors d'un accident :

- Assure la sécurité de l'environnement immédiat de la personne touchée par l'accident et de l'entourage;
- Avise, au besoin, tout autre dispensateur de soins et services, immédiatement ou dès que possible, ainsi que le gestionnaire en autorité;
- S'assure que l'utilisateur soit pris en charge et reçoive les soins et services appropriés;
- Si un équipement est lié à l'accident, le retirer et l'isoler dès que possible et informer, dans les meilleurs délais, les services concernés;
- Rempli le formulaire AH-223 « Rapport de déclaration d'incident ou d'accident » sections 1 à 9 et le transmet au gestionnaire en autorité;
- Collabore à la recherche et à l'application de mesures préventives pour éviter la répétition d'un tel événement.

6.2. Gestionnaire en autorité

Lors d'un incident

- Prend connaissance des incidents signalés;
- S'assure que l'environnement immédiat est sécuritaire;
- S'assure que le formulaire de déclaration AH-223, sections 1 à 9, est rempli adéquatement et effectue un suivi avec le déclarant si requis;
- Rempli les sections 10 à 13 du volet déclaration;
- S'assure que les informations au formulaire de déclaration sont saisies au registre local des incidents/accidents;
- Met en place et assure un suivi des mesures préventives;
- Dresse un état de situation au conseiller cadre en gestion des risques ainsi qu'à toute personne en autorité de sa direction lorsque demandé.

¹ Voir annexe 2

Déclaration d'un incident/accident lié à un usager		PRO-007
Approuvée par : Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique	Adoption : 7 juin 2016 Révision :	Page 5 sur 13

Lors d'un accident

- Prend connaissance des événements signalés;
- S'assure que l'environnement immédiat est sécuritaire et que les usagers touchés aient reçu les soins et services appropriés lorsque des conséquences sont constatées;
- Lorsque requis, s'assure que la divulgation a été faite selon les modalités prescrites dans la « *Procédure de divulgation de l'information à l'utilisateur, à la suite d'un accident* » (PRO-008). Si l'utilisateur est sous curatelle, informe la personne légalement reconnue, identifiée au dossier de l'utilisateur;
- Assure un soutien au personnel touché par l'événement;
- S'assure que le formulaire de déclaration AH-223, sections 1 à 9 est rempli adéquatement et effectue un suivi avec le déclarant si requis;
- Remplit les sections 10 à 13 du volet déclaration;
- S'assure que les informations au formulaire de déclaration sont saisies au registre local des incidents/accidents;
- Met en place et assure un suivi des mesures préventives;
- Dresse un état de situation au conseiller cadre en gestion des risques ainsi qu'à toute personne en autorité de sa direction lorsque demandé.

Lors d'un événement sentinelle

- Signale l'événement au coordonnateur, à l'adjoint à la direction, au directeur adjoint, au directeur de son service et au conseiller cadre en gestion des risques dans les plus brefs délais ;
- Applique la « *Procédure de gestion des événements sentinelles* » (PRO-009).

Pour tout accident à risque de poursuite, de réclamation ou de plainte

- Informe, par courriel, le conseiller cadre en gestion des risques, dans les meilleurs délais.

6.3. Directeurs, directeurs adjoints, adjoints à la direction et coordonnateurs

- S'assurent que la procédure de déclaration des incidents/accidents soit connue et appliquée de tous;
- Prennent connaissance des rapports statistiques trimestriels des incidents et accidents de leur direction, acheminés par la direction de la qualité, évaluation, performance et éthique;
- Prennent connaissance des incidents et accidents de toute gravité dans leur ensemble et s'assurent que des mesures préventives sont identifiées et appliquées.

Déclaration d'un incident/accident lié à un usager		PRO-007
Approuvée par : Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique	Adoption : 7 juin 2016 Révision :	Page 6 sur 13

6.4. Direction des ressources humaines, communications et affaires juridiques

- Évalue la pertinence et, au besoin, informe nos assureurs des événements à risques de poursuites, de plaintes et/ou de réclamations, suivant l'information reçue par le conseiller cadre à la gestion des risques;

6.5. Direction de la qualité, évaluation performance et éthique

- Soutient les directions afin que les mécanismes de déclaration soient connus et appliqués;
- Reçoit le signalement d'un événement sentinelle;
- Soutient les gestionnaires lors de l'analyse des événements et le choix des mesures préventives;
- Soutient les gestionnaires quant à l'application des mesures préventives;
- Soutient les gestionnaires et les directeurs lors d'événements sentinelles conformément à la « *Procédure de gestion des événements sentinelles* » (PRO-009);
- Veille à la mise à jour du registre local des incidents et accidents;
- Informe la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques des événements à risques de poursuites, de plaintes et/ou de réclamations;
- Collabore, s'il y a lieu, aux suivis auprès des assureurs.

7. Autres dispositions

7.1. Demande d'accès à l'information et confidentialité des dossiers en gestion des risques

Lorsqu'une demande d'accès à l'information est effectuée par l'utilisateur, la copie électronique prévaut sur la copie incluse au dossier de l'utilisateur.

Le contenu d'un dossier de gestion des risques est soumis à des dispositions particulières visant à protéger les informations recueillies dans le cadre des activités de gestion des risques. Aucune photocopie ne peut être transmise à un tiers en dehors des activités de gestion des risques. Ces dossiers sont conservés sous clé, par le conseiller cadre en gestion des risques, à la Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique, de façon à protéger le caractère confidentiel des informations qui y sont contenues.

7.2. Révocation :

Cette procédure révoque et remplace toutes les politiques et procédures antérieures de déclaration d'un incident/accident des établissements fusionnés et de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais.

Déclaration d'un incident/accident lié à un usager		PRO-007
Approuvée par : Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique	Adoption : 7 juin 2016 Révision :	Page 7 sur 13

- CSSS Papineau, *Obligation de déclaration des accidents/incidents et informations à inclure au formulaire AH-223 (Rapport d'incident/accident)*, DGA-GR-01.3, révisée en août 2012.
- Centre de réadaptation en déficience intellectuelle, *Politique de prestations sécuritaires des services*, P-G1-7000-01, date d'adoption/modification le 9 octobre 2014.
- CSSS Pontiac, *Rôles et responsabilités du personnel vis-à-vis de la sécurité des patients – Roles and responsibilities of staff concerning the patient safety*, CGR-01, date de révision le 14 janvier 2014.
- La RessourSe, *Déclaration d'un incident ou d'un accident de la clientèle*, DQDE-303, Révisée le 29 avril 2014.
- CSSS Gatineau, DQGR, *Déclaration d'un incident/accident lié à un usager*, ADMGQ-02-01, révisée le 22 février 2012.
- Centres jeunesse de l'Outaouais (CJO), *Procédure sur les modalités d'application de la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux*, 15 janvier 2012.
- CSSS des Collines, *Politique de déclaration d'un incident ou d'un accident lié à un usager ou un tiers*, Date d'entrée en vigueur : Juin 2005, révisée le 9 juillet 2012.

Déclaration d'un incident/accident lié à un usager		PRO-007
Approuvée par : Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique	Adoption : 7 juin 2016 Révision :	Page 8 sur 13

ÉCHELLE DE GRAVITÉ DES INCIDENTS / ACCIDENTS

LES ENCADRÉS POINTILLÉS SONT DES EXEMPLES DE CAS

– Chute d'un usager dans une cage d'escalier, traumatismes multiples occasionnant la mort.
– Surdosage de narcotique (10 fois la dose) provoquant un arrêt cardiorespiratoire et décès.

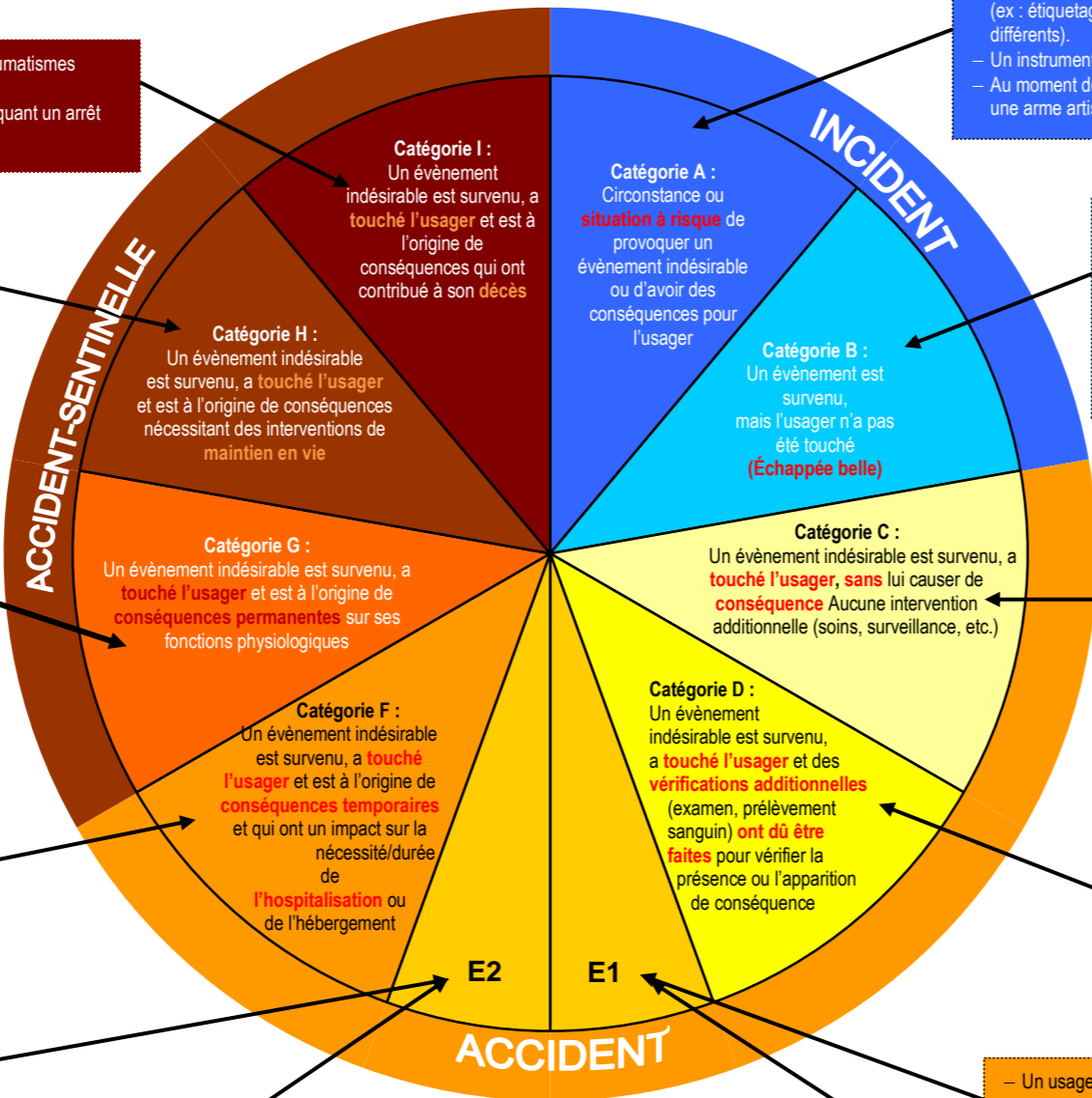
– Chute d'une fenêtre non sécurisée. Hémorragie cérébrale avec lésions nécessitant une ventilation assistée en permanence.
– Un usager fait une tentative de suicide par pendaison, doit demeurer hospitalisé avec ventilation assistée en permanence pour demeurer en vie.

– Un usager fait une chute et subit une fracture. Malgré la réduction de la fracture et des soins de réadaptation, il ne peut plus se déplacer seul et devra utiliser un fauteuil roulant pour ses déplacements.
– Surdosage de vancomycine entraînant une surdité.

– Un usager s'est infligé une fracture en faisant une chute. Une chirurgie et un suivi en réadaptation ont été nécessaires.
– Un usager ingère des objets et un transfert dans un autre centre est nécessaire.

E2 : Un événement indésirable est survenu, a touché l'usager et est à l'origine de **conséquences temporaires** nécessitant des **soins/traitements, services qui vont au-delà des services courants** (ex : consultation, examen de laboratoire) et qui n'ont aucun impact sur la durée de l'hospitalisation ou de l'épisode de soins.

– Un usager a fait une chute occasionnant une lacération profonde du cuir chevelu. Des points de suture sont nécessaires. Signes vitaux et neurologiques normaux.
– Un usager s'automutile en se coupant les poignets, des points de suture sont nécessaires.



– Situation à risque pouvant entraîner une erreur de médicament (ex : étiquetage de médicament similaire pour 2 produits différents).
– Un instrument oublié sur un chariot.
– Au moment de l'inspection d'une chambre, un intervenant trouve une arme artisanale.

– La pharmacie livre le mauvais médicament, mais le personnel infirmier s'aperçoit de l'erreur avant que l'usager soit touché.
– Un test de laboratoire doit être repris en raison d'une mauvaise identification du tube.
– Bris de chaîne de froid de produits immunisants (réfrigérateur défectueux) repéré avant l'administration.

– Un usager est trouvé par terre. Examen physique. Aucune blessure constatée.
– Un usager a reçu une mauvaise dose de médicament (acétaminophène 325 mg PO au lieu de 500 mg PO), cela n'a eu aucune conséquence.
– Un usager glisse de sa chaise. Aucune douleur, ni blessure n'est constatée.

– Un usager a fait une chute de son lit. On soupçonne une fracture. Une radiographie est requise. Le résultat indique qu'il n'y a pas de fracture.
– Un usager a reçu la mauvaise dose d'insuline. Les résultats de contrôle demeurent dans les limites normales.

– Un usager fait une chute. Un examen révèle des éraflures aux genoux. Nettoyage des plaies et pansement appliqué.

E1 : Un événement indésirable est survenu, a touché l'usager et est à l'origine de **conséquences mineures et temporaires** exigeant des **soins non spécialisés** (premiers soins, pansement, glace, désinfection, manœuvre de Heimlich).

Déclaration d'un incident/accident lié à un usager		PRO-007
Approuvée par : Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique	Adoption : 7 juin 2016 Révision :	Page 9 sur 13

DÉCLARANT (PERSONNE QUI CONSTATE L'ÉVÉNEMENT)

Déclaration AH-223 – **sections 1 à 9 à remplir**

- ✓ Mesures immédiates et soins appropriés
- ✓ Remplir les sections 1 à 9 du formulaire AH-223 en version électronique ou papier selon le cas.
- ✓ Copie blanche (sections déclarant) déposée au dossier de l'utilisateur dans les deux cas
- ✓ Copie jaune remise au gestionnaire si le formulaire a été rempli en version papier

Fait en **temps réel**

DIVULGATION INITIALE

- A et B = Aucune divulgation**
- C et D = Note au dossier + divulgation verbale discrétionnaire**
- E1 et E2 = Note au dossier + divulgation obligatoire + remplir section 13 du rapport de déclaration**
- F à I = Note au dossier + divulgation obligatoire + remplir section 13 du rapport de déclaration + remplir le rapport de divulgation**

Fait le plus tôt possible et selon le cas

GESTIONNAIRE

Déclaration AH-223 – **sections à remplir 10 à 13 dans tous les cas**

- ✓ **F et plus**, remplir le formulaire d'analyse détaillée et s'assurer que le formulaire de divulgation a été complété;
- ✓ Vérifier si chacune des sections du déclarant sont remplies adéquatement;
- ✓ Faire les suivis auprès de l'employé lorsqu'incomplètes;
- ✓ Déterminer le statut de gravité;
- ✓ Déterminer des mesures de prévention de la récurrence et en faire le suivi;
- ✓ S'assurer de la saisie des données au registre local des incidents/accidents lorsque le formulaire AH-223 a été rempli en version papier;
- ✓ Proposer des mesures de soutien selon le cas;
- ✓ Lors d'un événement sentinelle (G et plus ou un événement touchant plusieurs usagers), effectuer une enquête et procéder à une divulgation structurée par la suite.

DIVULGATION STRUCTURÉE SUITE À UN ÉVÉNEMENT SENTINELLE

F ET PLUS

AVISER IMMÉDIATEMENT LA CONSEILLÈRE CADRE À LA GESTION DES RISQUES PAR TÉLÉPHONE OU PAR COURRIEL

- **Fournir les faits supplémentaires que l'enquête aura révélée en lien avec l'événement touchant l'utilisateur**
- **Répondre aux questions en tenant compte des informations que vous possédez**
- **Adopter un discours factuel et exempt de propos accusatoires**
- **Apporter votre soutien à la personne touchée ainsi qu'à ses proches**

Délai total du processus **3 semaines**

PERSONNEL DE BUREAU (POUR LES UNITÉS ADMINISTRATIVES QUI UTILISENT UNE VERSION PAPIER DU FORMULAIRE AH-223)

- ✓ Saisir les données du formulaire dans le logiciel SISSS ou Gesrisk selon le cas;
- ✓ Acheminer les copies jaunes des formulaires AH-223 à la Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique (DQÉPÉ).

Déclaration d'un incident/accident lié à un usager		PRO-007
Approuvée par : Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique	Adoption : 7 juin 2016 Révision :	Page 10 sur 13

Annexe 3 (À titre d'exemple seulement – se référer au formulaire officiel)

N° de l'événement	RAPPORT DE DÉCLARATION D'INCIDENT OU D'ACCIDENT	N° du formulaire																																																																
DT9034																																																																		
Nom de l'établissement <input type="checkbox"/> CH <input type="checkbox"/> CHSLD <input type="checkbox"/> C.J. <input type="checkbox"/> CLSC <input type="checkbox"/> CRD <input type="checkbox"/> CRDI <input type="checkbox"/> CRDP																																																																		
Section 2 : Date, heure, lieu de l'événement																																																																		
Événement	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th align="center" colspan="3">Date</th> <th align="center" colspan="2">Heure</th> </tr> <tr> <td style="width:10%;">Année</td> <td style="width:10%;">Mois</td> <td style="width:10%;">Jour</td> <td style="width:10%;">Heure</td> <td style="width:10%;">Min.</td> </tr> </table>	Date			Heure		Année	Mois	Jour	Heure	Min.	<input type="checkbox"/> Réelle <input type="checkbox"/> Estimée <input type="checkbox"/> Indéterminée																																																						
Date			Heure																																																															
Année	Mois	Jour	Heure	Min.																																																														
Constat	Année Mois Jour	Heure Min.																																																																
Lieu où s'est produit l'événement <small>(préciser le site, le service, l'unité, le lieu, le type de local ou d'espace) :</small>																																																																		
Information sur l'utilisateur																																																																		
Curatelle : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Type de déficience : <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Auditive <input type="checkbox"/> Cognitive <input type="checkbox"/> Intellectuelle <input type="checkbox"/> Langage Si oui : <input type="checkbox"/> Privée <input type="checkbox"/> Publique <input type="checkbox"/> Motrice <input type="checkbox"/> Multifonctions <input type="checkbox"/> Physique <input type="checkbox"/> Visuelle																																																																		
Situation préalable																																																																		
État de la personne : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Agité <input type="checkbox"/> Somnolent <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/> Désorienté/confus <input type="checkbox"/> Agressif/violent <input type="checkbox"/> Comateux Capacité de déplacement : <input type="checkbox"/> Totale <input type="checkbox"/> Partielle <input type="checkbox"/> Dépendance totale <input type="checkbox"/> Inconnu Surveillance requise : <input type="checkbox"/> Usuelle <input type="checkbox"/> Étroite <input type="checkbox"/> Continue <input type="checkbox"/> Inconnue																																																																		
Section 3 : Description factuelle, objective et détaillée de l'événement (sans analyse, ni jugement, ni accusation, non nominatif)																																																																		
Section 4 : Type d'événement (Faire un choix de A à G)																																																																		
A- Chute : <input type="checkbox"/> Chute <input type="checkbox"/> Quasi-chute <small>(décrivez les circonstances précises – veuillez cocher la case appropriée)</small> <input type="checkbox"/> Bain/douche <input type="checkbox"/> Chaise/fauteuil <input type="checkbox"/> Civière <input type="checkbox"/> En circulant <input type="checkbox"/> Escalier <input type="checkbox"/> Lève personne <input type="checkbox"/> Lit <input type="checkbox"/> Lors d'activités <input type="checkbox"/> Lors d'un transfert <input type="checkbox"/> Toilette <input type="checkbox"/> Trouvé par terre <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____																																																																		
B- Erreur de : <input type="checkbox"/> Médicament <input type="checkbox"/> Traitement/intervention <input type="checkbox"/> Diète <input type="checkbox"/> Allergie connue <input type="checkbox"/> Conservation/entreposage <input type="checkbox"/> Disparition/décompte <input type="checkbox"/> Disponibilité <input type="checkbox"/> Dose/débit <input type="checkbox"/> Horaire/date d'administration <input type="checkbox"/> Identité de l'utilisateur <input type="checkbox"/> Infiltration/extravasation <input type="checkbox"/> Non respect d'une procédure/protocole <input type="checkbox"/> Omission <input type="checkbox"/> Piéremption <input type="checkbox"/> Trouvé <input type="checkbox"/> Type/sorte/texture <input type="checkbox"/> Voie d'administration <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____																																																																		
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th align="center" colspan="4">a Médicament/traitement/intervention/diète qui a effectivement été administré</th> <th align="center" colspan="4">b Médicament/traitement/intervention prescrit/diète qui aurait dû être administré</th> </tr> <tr> <th align="center">Identification</th> <th align="center">Dose</th> <th align="center">Voie</th> <th align="center">Heure</th> <th align="center">Identification</th> <th align="center">Dose</th> <th align="center">Voie</th> <th align="center">Heure</th> </tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>			a Médicament/traitement/intervention/diète qui a effectivement été administré				b Médicament/traitement/intervention prescrit/diète qui aurait dû être administré				Identification	Dose	Voie	Heure	Identification	Dose	Voie	Heure																																																
a Médicament/traitement/intervention/diète qui a effectivement été administré				b Médicament/traitement/intervention prescrit/diète qui aurait dû être administré																																																														
Identification	Dose	Voie	Heure	Identification	Dose	Voie	Heure																																																											
Autres renseignements :																																																																		
C- Test diagnostique :																																																																		
<input type="checkbox"/> Laboratoire <input type="checkbox"/> Pré-analytique <input type="checkbox"/> Analytique <input type="checkbox"/> Post-analytique <input type="checkbox"/> Description <input type="checkbox"/> Erreur de saisie liée à l'ordonnance <input type="checkbox"/> Erreur liée à l'identification <input type="checkbox"/> Non respect d'une procédure <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____																																																																		
Identification																																																																		

Déclaration d'un incident/accident lié à un usager		PRO-007
Approuvée par : Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique	Adoption : 7 juin 2016 Révision :	Page 11 sur 13

Annexe 4 (À titre d'exemple seulement – se référer au formulaire officiel)

RAPPORT D'ANALYSE D'INCIDENT OU D'ACCIDENT

N° de l'événement: N° du formulaire:

Se reporter au verso pour remplir le rapport

Section 1 : Identification de la personne touchée

Type de personne touchée : Aucune (si oui, passer à la section 2) Usager

Prénoms de naissance: _____ N° de chambre: _____ N° de dossier: _____

Prénoms présents à la naissance: _____

Non ou partiellement de compte: _____

Adresse: _____

Coder postal: _____ Ville: _____ Région: _____

N° de sécurité sociale: _____ Nom du médecin traitant: _____

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

Événement	Date			Heure		<input type="checkbox"/> Réalisable <input type="checkbox"/> Extrême <input type="checkbox"/> Indéterminé
	Année	Mois	Jour	Heures	Min.	
Constat	Année	Mois	Jour	Heures	Min.	

Lieu où s'est produit l'événement (intérieur de la, en service, transit, en attente, aéroport ou espace): _____

Description brève de l'événement

Section 3 : Gravité de l'événement (taxonomie NCC MERP)

Incident : A B C D E F G H I Indéterminé

Accident : C D E F G H I Indéterminé

Préciser: _____

Section 4 : Conséquence(s) réelle(s), actuelle(s) ou appréhendée(s)

Type de conséquence (voir le verso): _____

Préciser: _____

Cause(s) possible(s)

Cause(s) liée(s) à: _____ Préciser: _____

Lorsque erreur de médication précède l'usage du circuit
 Approvisionnement
 Émission de l'ordonnance
 Traitement de l'ordonnance
 Gestion de la médication à l'unité de soins/ambulatoire/ressources d'hébergement

Section 5a : Soins ou mesures de soutien proposés à l'utilisateur pour contraindre ou atténuer les conséquences

Soins ou mesure de soutien	Réalisés	Non réalisés	Personne responsable du suivi - Nom, prénom	Fonction	Date d'échéance

Section 5b : Mesures de soutien proposées pour venir en aide aux proches de l'utilisateur

Mesure de soutien	Réalisée	Non réalisée	Personne responsable du suivi - Nom	Fonction	Personne liée par la mesure - Nom	Lien avec l'usager

Section 5c : Mesures proposées pour prévenir la récurrence d'un incident ou d'un accident semblable

Mesure de prévention	Personne responsable du suivi - Nom, prénom	Fonction

Interventions complémentaires effectuées après la déclaration	Répercussions pour l'établissement	Divulgué <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Préciser: _____	Préciser: _____	Si oui, personne responsable: _____
		Réaction à la divulgation: _____

Section 6 : Analyse

Date de début	Année	Mois	Jour	Date de fin	Année	Mois	Jour

Personne responsable de l'analyse: Nom, prénom: _____ Fonction: _____

Autres personnes ayant contribué: Nom, prénom: _____ Fonction: _____

Nom, prénom: _____ Fonction: _____

Nom, prénom: _____ Fonction: _____

Évolution du suivi: Réalisable En cours de réalisation Non réalisable Abandonné

Section 7 : Signalement aux assurances Non Oui

Section 8 : Avis au coronar Non Oui


Section 9 : Événement sentinelle Non Oui

Signature du responsable de l'analyse: _____ Date: _____

Année: _____ Mois: _____ Jour: _____

Déclaration d'un incident/accident lié à un usager	PRO-007	
Approuvée par : Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique	Adoption : 7 juin 2016 Révision :	Page 12 sur 13

Annexe 5 (À titre d'exemple seulement – se référer au formulaire officiel)

N° de l'événement	RAPPORT DE DIVULGATION D'ACCIDENT	N° du formulaire															
 DT9034																	
Section 1 : Identification de la personne touchée Type de personne touchée : <input type="checkbox"/> Aucune (si oui, passez à la section 2) <input type="checkbox"/> Usager																	
Date de naissance : Année Mois Jour N° de chambre N° de dossier Nom et prénom à la naissance Nom usuel ou nom de conjoint Adresse Code postal Ind. rég. Téléphone Sexe M <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> N° d'assurance maladie Nom du médecin traitant																	
Section 2 : Coordonnées de l'accident Nom de l'établissement <input type="checkbox"/> CH <input type="checkbox"/> CHSLD <input type="checkbox"/> CJ <input type="checkbox"/> CLSC <input type="checkbox"/> CRD <input type="checkbox"/> CRDI <input type="checkbox"/> CRDP Date : Année Mois Jour Heure : Heures Min. Service Installation																	
Section 3 : Coordonnées de la divulgation Date : Année Mois Jour Heure : Heures Min. Lieu Mode de divulgation : <input type="checkbox"/> Rencontre <input type="checkbox"/> Téléphone <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :																	
Section 4 : Nom des personnes à qui la divulgation a été faite Personne touchée elle-même : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si non, motif pour lequel la divulgation n'a pas été faite à la personne touchée elle-même : Nom de la (des) personne(s) à qui la divulgation a été faite et des autres personnes présentes <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">Nom</th> <th style="width: 30%;">Prénom</th> <th style="width: 40%;">Fonction ou type de lien avec la personne touchée</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>			Nom	Prénom	Fonction ou type de lien avec la personne touchée												
Nom	Prénom	Fonction ou type de lien avec la personne touchée															
Section 5 : Renseignements factuels communiqués relatifs à l'accident et au contexte 																	
Section 6 : Renseignements factuels et connus communiqués relatifs aux conséquences présentes ou appréhendées sur la santé ou le bien-être de la personne touchée 																	
Section 7 : Soins ou mesures de soutien proposés par l'usager pour contrer ou atténuer les conséquences subies <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;">Soins ou mesure de soutien</th> <th style="width: 20%;">Retenu</th> <th style="width: 40%;">Soins ou mesure de soutien</th> <th style="width: 20%;">Retenu</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</td> <td> </td> <td><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</td> </tr> <tr> <td> </td> <td><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</td> <td> </td> <td><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</td> </tr> </tbody> </table>			Soins ou mesure de soutien	Retenu	Soins ou mesure de soutien	Retenu		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Soins ou mesure de soutien	Retenu	Soins ou mesure de soutien	Retenu														
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non														
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non														
Section 8 : Mesures de soutien proposées aux proches de l'usager qui sont affectés par les conséquences de l'accident <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;">Mesure de soutien</th> <th style="width: 20%;">Retenue</th> <th style="width: 40%;">Mesure de soutien</th> <th style="width: 20%;">Retenue</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</td> <td> </td> <td><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</td> </tr> <tr> <td> </td> <td><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</td> <td> </td> <td><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</td> </tr> </tbody> </table>			Mesure de soutien	Retenue	Mesure de soutien	Retenue		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Mesure de soutien	Retenue	Mesure de soutien	Retenue														
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non														
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non														
Section 9 : Renseignements communiqués sur les mesures proposées pour prévenir la récurrence d'un accident semblable 																	
Section 10 : Renseignements complémentaires et/ou réactions de la personne touchée et des autres personnes à la suite de la divulgation 																	
Section 11 : Nom et signature des personnes ayant procédé à la divulgation <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">Nom du responsable</th> <th style="width: 25%;">Prénom du responsable</th> <th style="width: 25%;">Fonction</th> <th style="width: 25%;">Signature</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>			Nom du responsable	Prénom du responsable	Fonction	Signature											
Nom du responsable	Prénom du responsable	Fonction	Signature														
Voir les renseignements complémentaires au verso																	
AH-225-3 DT9034 (rev. 2014-02) RAPPORT DE DIVULGATION D'ACCIDENT DOSSIER DE L'USAGER																	

Déclaration d'un incident/accident lié à un usager		PRO-007
Approuvée par : Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique	Adoption : 7 juin 2016 Révision :	Page 13 sur 13