

RAPPORT SEMESTRIEL

**DES INCIDENTS ET ACCIDENTS
SURVENUS LORS DE LA
PRESTATION DES SOINS ET
SERVICES DE SANTÉ AU QUÉBEC**

Période du 1^{er} avril
au 30 septembre 2011



Édition :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Ce document est disponible uniquement en version électronique à l'adresse www.msss.gouv.qc.ca
section **Documentation**, rubrique **Publications**.

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2011

Bibliothèque et Archives Canada, 2011

ISBN : 978-2-550-63624-3 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

Rédaction

Mme Catherine Maranda, M. Sc.

Coordonnatrice du registre national des incidents et accidents

Pilote d'orientation du système d'information sur la sécurité des soins et services (SISSS)

DIRECTION DE LA QUALITÉ, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

D^{re} Sylvie Bernier, M.D. MAP(A)

Directrice de la qualité, ministère de la Santé et des Services sociaux

Collaborateurs

M. André Charest

Technicien, programmeur-analyste

DIRECTION DES ÉTUDES ET DES ANALYSES, MINISTÈRE DE LA
SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Mme Michelle Dionne

Consultante

Expertise de contenu en gestion des risques

Mme France Laverdière, M. Sc.

Conseillère

Chargée de projet de Politique d'assurance qualité
DIRECTION DE LA QUALITÉ, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX

Mme Ginette Godbout

Pilote du SISSS

Vice-présidence aux projets et actifs, SOGIQUE

Mme Claudette Archambault

Gestionnaire des actifs SISSS, SIGPAQS et SIGACO

Vice-présidence aux projets et actifs, SOGIQUE

M. Dave Lamothe-Gagnon

Agent de recherche et de planification socio-économique

DIRECTION DE LA QUALITÉ, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX

Mme Marie-France Leblanc

Révision linguistique

Remerciements

Le premier rapport semestriel des incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et services de santé n'aurait jamais vu le jour sans la précieuse contribution d'un grand nombre de partenaires et de collaborateurs avec qui nous avons échangé au cours des travaux concernant la mise en place du registre national des incidents et accidents :

- Les agences de la santé et des services sociaux;
- Les associations d'établissements;
- Les membres du Comité des utilisateurs du SISSS;
- Les membres du Groupe Vigilance pour la sécurité des soins;
- Les ordres professionnels

Liste des sigles

Sigle	Signification
ASSS	Agence de la santé et des services sociaux
CH	Centre hospitalier
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CJ	Centre jeunesse
CRDI	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle
CRDP	Centre de réadaptation en déficience physique
CRPAT¹	Centre de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
I/A	Incident et accident
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2)
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
RNIASSSS	Registre national des incidents et accidents survenus lors de la prestation de soins de santé et de services sociaux
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux, incluant les établissements privés, privés conventionnés et publics
SISSS	Système d'information sur la sécurité des soins et services

¹ À la suite de l'adoption du projet de loi n° 16, la mission des CRPAT a été modifiée dans la LSSSS, et ceux-ci sont devenus les centres de réadaptation en dépendance (CRD). Comme cette modification est récente, que les données du présent rapport sont organisées en fonction des différentes versions du formulaire AH-223 et que ce dernier n'a pas encore été modifié, nous utiliserons l'ancienne appellation CRPAT. Les modifications seront intégrées lors de la parution du prochain rapport semestriel.

Table des matières

Introduction	1
Aspect méthodologique	3
Mécanisme de déclaration	3
Outils de collecte de données	4
Formulaire AH-223	4
Application Web	5
Processus de validation des données.....	6
Analyse des données	6
Définitions.....	7
Réseau québécois de la santé et des services sociaux	9
Déclaration des incidents et accidents	11
Données générales	11
Total des événements déclarés	11
Répartition des événements déclarés selon le sexe des usagers	12
Répartition des événements déclarés selon le groupe d'âge des usagers.....	13
Répartition des événements déclarés selon le sexe et le groupe d'âge des usagers	14
Données spécifiques	16
Répartition des événements déclarés par type d'événement	17
Répartition des événements déclarés par région.....	19
Répartition des événements déclarés par mission	22
Types d'événements déclarés par région, par mission d'établissement et par établissement.....	23
Indice de gravité des événements déclarés selon les types d'événements	78

Divulgation des accidents	81
<i>Étapes de la divulgation réalisées</i>	81
<i>Personnes à qui les informations ont été divulguées.....</i>	82
<i>Divulgation des événements selon les missions d'établissement</i>	83
<i>Total des accidents de gravité E1 à I divulgués</i>	84
Discussion des résultats.....	85
Conclusion.....	87
Bibliographie.....	88
Annexe.....	89

Liste des figures

Figure	Titre	Page
Figure 1	Total des événements déclarés	11
Figure 2	Répartition des événements déclarés selon le sexe des usagers	12
Figure 3	Répartition des événements déclarés selon le groupe d'âge des usagers	13
Figure 4	Répartition des types d'événements déclarés	17
Figure 5	Répartition des événements déclarés par région	21
Figure 6	Répartition des événements déclarés par mission d'établissement	22
Figure 7	Bas-Saint-Laurent, événements déclarés par mission d'établissement	24
Figure 8	Bas-Saint-Laurent, types d'événements déclarés	25
Figure 9	Saguenay-Lac-Saint-Jean, événements déclarés par mission d'établissement	27
Figure 10	Saguenay-Lac-Saint-Jean, types d'événements déclarés	28
Figure 11	Capitale-Nationale, événements déclarés par mission d'établissement	30
Figure 12	Capitale-Nationale, types d'événements déclarés	31
Figure 13	Mauricie et Centre-du-Québec, événements déclarés par mission d'établissement	34
Figure 14	Mauricie et Centre-du-Québec, types d'événements déclarés	35
Figure 15	Estrie, événements déclarés par mission d'établissement	37
Figure 16	Estrie, types d'événements déclarés	38
Figure 17	Montréal, événements déclarés par mission d'établissement	40
Figure 18	Montréal, types d'événements déclarés	41
Figure 19	Outaouais, événements déclarés par mission d'établissement	47
Figure 20	Outaouais, types d'événements déclarés	48
Figure 21	Abitibi-Témiscamingue, événements déclarés par mission d'établissement	50
Figure 22	Abitibi-Témiscamingue, types d'événements déclarés	51
Figure 23	Côte-Nord, événements déclarés par mission d'établissement	53
Figure 24	Côte-Nord, types d'événements déclarés	54
Figure 25	Nord-du-Québec, événements déclarés par mission d'établissement	56
Figure 26	Nord-du-Québec, types d'événements déclarés	57
Figure 27	Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, événements déclarés par mission d'établissement	59
Figure 28	Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, types d'événements déclarés	60
Figure 29	Chaudière-Appalaches, événements déclarés par mission d'établissement	62

Figure	Titre	Page
Figure 30	Chaudière-Appalaches, types d'événements déclarés	63
Figure 31	Laval, événements déclarés par mission d'établissement	65
Figure 32	Laval, types d'événements déclarés	66
Figure 33	Lanaudière, événements déclarés par mission d'établissement	68
Figure 34	Lanaudière, types d'événements déclarés	69
Figure 35	Laurentides, événements déclarés par mission d'établissement	71
Figure 36	Laurentides, types d'événements déclarés	72
Figure 37	Montérégie, événements déclarés par mission d'établissement	74
Figure 38	Montérégie, types d'événements déclarés	75
Figure 39	Répartition des événements déclarés selon l'indice de gravité	79
Figure 40	Étapes de la divulgation réalisées	82
Figure 41	Personnes à qui les informations ont été divulguées	83
Figure 42	Proportion des événements divulgués par mission d'établissement	84

Liste des tableaux

Tableau	Titre	Page
Tableau 1	Définition des termes ayant trait à la prestation sécuritaire des soins de santé	7
Tableau 2	Population du Québec par âge et par sexe, 1 ^{er} juillet 2011	9
Tableau 3	Total des événements déclarés	11
Tableau 4	Répartition des événements déclarés selon le sexe des usagers	12
Tableau 5	Répartition des événements déclarés selon le groupe d'âge des usagers	14
Tableau 6	Répartition des événements déclarés selon le sexe et le groupe d'âge des usagers	15
Tableau 7	Précisions sur les types d'événements	16
Tableau 8	Répartition des types d'événements déclarés	18
Tableau 9	Répartition des types d'événements déclarés par groupe d'âge	19
Tableau 10	Données démographiques des régions administratives du Québec	20
Tableau 11	Données démographiques de la région du Bas-Saint-Laurent	24
Tableau 12	Bas-Saint-Laurent, types d'événements déclarés par mission d'établissement et par établissement	26
Tableau 13	Données démographiques de la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean	27
Tableau 14	Saguenay-Lac-Saint-Jean, types d'événements déclarés par mission d'établissement et par établissement	29
Tableau 15	Données démographiques de la région de la Capitale-Nationale	30
Tableau 16	Capitale-Nationale, types d'événements déclarés par mission d'établissement et par établissement	32
Tableau 17	Données démographiques de la région de la Mauricie et Centre-du-Québec	34
Tableau 18	Mauricie et Centre-du-Québec, types d'événements déclarés par mission d'établissement et par établissement	36
Tableau 19	Données démographiques de la région de l'Estrie	37
Tableau 20	Estrie, types d'événements déclarés par mission d'établissement et par établissement	39
Tableau 21	Données démographiques de la région de Montréal	40
Tableau 22	Montréal, types d'événements déclarés par mission d'établissement et par établissement	42
Tableau 23	Données démographiques de la région de l'Outaouais	47
Tableau 24	Outaouais, types d'événements déclarés par mission d'établissement et par établissement	49
Tableau 25	Données démographiques de la région de l'Abitibi-Témiscamingue	50
Tableau 26	Abitibi-Témiscamingue, types d'événements déclarés par mission d'établissement et par établissement	52

Tableau	Titre	Page
Tableau 27	Données démographiques de la région de la Côte-Nord	53
Tableau 28	Côte-Nord, types d'événements déclarés par mission d'établissement et par établissement	55
Tableau 29	Données démographiques de la région du Nord-du-Québec	56
Tableau 30	Nord-du-Québec, types d'événements déclarés par mission d'établissement et par établissement	58
Tableau 31	Données démographiques de la région de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	59
Tableau 32	Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, types d'événements déclarés par mission d'établissement et par établissement	61
Tableau 33	Donnée démographiques de la région de Chaudière-Appalaches	62
Tableau 34	Chaudière-Appalaches, types d'événements déclarés par mission d'établissement et par établissement	64
Tableau 35	Données démographiques de la région de Laval	65
Tableau 36	Laval, types d'événements déclarés par mission d'établissement et par établissement	67
Tableau 37	Données démographiques de la région de Lanaudière	68
Tableau 38	Lanaudière, types d'événements déclarés par mission d'établissement et par établissement	70
Tableau 39	Données démographiques de la région des Laurentides	71
Tableau 40	Laurentides, types d'événements déclarés par mission d'établissement et par établissement	73
Tableau 41	Données démographiques de la région de la Montérégie	74
Tableau 42	Montérégie, types d'événements déclarés par mission d'établissement et par établissement	76
Tableau 43	Définition de l'échelle de gravité	78
Tableau 44	Indice de gravité des événements déclarés selon les types d'événements	80
Tableau 45	Total des accidents de gravité E1 à I divulgués	84

Liste des annexes

Annexe	Titre	Page
Annexe 1	Lignes directrices à l'intention du réseau de la santé et des services sociaux	89

Rapport semestriel des incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et services de santé au Québec

Période du 1^{er} avril au 30 septembre 2011

Introduction

Vers la fin des années 1990, certains décès survenus dans des salles d'urgence ont fait la manchette. Des familles se sont mobilisées, et les instances ministérielles d'alors se sont davantage intéressées à la notion de sécurité dans la prestation de soins et de services.

À la même époque, paraissait aux États-Unis le rapport *To Err is Human*², mettant en lumière le phénomène des erreurs médicales et des conséquences dramatiques qui pouvaient en découler pour les usagers. Rien de semblable n'avait encore été fait au Québec.

En avril 2000, la ministre de la Santé et des Services sociaux créait un comité ministériel³, présidé par monsieur Jean Francoeur, ayant pour mandat de procéder à un examen du phénomène des accidents évitables en milieu de santé au Québec.

En février 2001, le Comité ministériel sur les accidents évitables dans la prestation de soins de santé déposait son rapport⁴. Les constats qu'il présentait étaient éloquents : rien ne permettait de penser que la nature, la gravité et la fréquence des accidents évitables en milieu de santé au Québec étaient différentes de celles recensées dans les publications sur le sujet; ces événements étant une cause significative de morbidité et de mortalité, il fallait passer d'une culture du silence à une culture de transparence et s'occuper des victimes de ces accidents et de leurs proches⁵. Le comité rapportait que le premier obstacle auquel il s'était heurté avait été de n'avoir que des données fragmentaires et non structurées rendant impossible une vision globale et cohérente du phénomène⁶.

Le Québec a été la première province canadienne à se doter de dispositions législatives s'appliquant aux incidents et accidents survenus dans le cadre de la prestation de soins de santé et de services sociaux.

² Institute of Medicine, *To Err is Human: Building a Safer Health System*, Washington (D.C.), National Academy Press, 1999.

³ Comité ministériel sur les accidents évitables dans la prestation de soins de santé (comité Francoeur).

⁴ Ministère de la Santé et des Services sociaux, *La gestion des risques, une priorité pour le réseau*, rapport du Comité ministériel sur les accidents évitables dans la prestation de soins de santé, Québec, février 2001, 130 p. (rapport Francoeur).

⁵ *Ibid.*, p. 1.

⁶ *Ibid.*, p. 8.

En décembre 2002, le projet de loi n° 113⁷ était adopté et venait modifier la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS). Ce projet de loi, qui reprenait plusieurs des recommandations du rapport Francoeur, visait à ajouter la sécurité à la notion de qualité des soins et des services prodigués aux usagers de tous les établissements du réseau. Avec son adoption, plusieurs obligations aux établissements et aux divers acteurs du réseau de la santé et des services sociaux ont été créées.

De plus, par le paragraphe 6.2^o du deuxième alinéa de l'article 431 de la LSSSS⁸, le législateur a exigé du ministre qu'il constitue un registre des incidents et accidents survenus lors de la prestation de soins et de services pour l'ensemble du réseau de la santé. La mise en place des registres locaux au sein de chacun des établissements et les modalités administratives requises pour la création de ce registre ayant été complétées, ce paragraphe est entré en vigueur le 1^{er} mai 2011.

Ainsi, chaque établissement du milieu de la santé physique ou de celui des services sociaux a dû mettre en place un registre local afin de compiler, pour fins d'analyse, d'étude et de mise en place de correctifs, les accidents et les incidents survenus durant la prestation de soins de santé et de services sociaux.

Le registre national des incidents et accidents survenus lors de la prestation de soins de santé et de services sociaux (RNIASSSS) est un moyen permettant au ministre de suivre l'évolution des événements⁹ qui surviennent au cours de la prestation de soins de santé et de services sociaux.

Ce premier rapport couvre la période du 1^{er} avril au 30 septembre 2011. Certains établissements n'ont toutefois pas été en mesure d'alimenter le registre national, alors que certains autres ne sont pas parvenus à compléter la saisie de leurs données pour la période visée. Les données du rapport sont donc le reflet des événements survenus qui ont fait l'objet d'une déclaration dûment enregistrée dans le registre local de l'établissement.

Comme le système a été implanté graduellement au cours des dernières années, les résultats doivent être interprétés avec prudence. Malgré les séances de formation offertes au fil des ans, certaines disparités ont été observées dans la manière de saisir les informations. À titre d'exemple, pour préciser la gravité de l'événement, certains établissements n'utilisent que la valeur « non déterminée ». D'autres considèrent les chutes comme des incidents, alors qu'un incident est un événement qui ne touche pas l'usager.

Ces différents constats permettent une interprétation plus nuancée des données et soulèvent des pistes d'amélioration à mettre en place pour favoriser une plus grande homogénéité dans la manière de compiler l'information et ainsi assurer une plus grande fiabilité.

⁷ Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux, L.Q. 2002, chapitre 71

⁸ Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., chapitre S-4.2, art. 431, 6.^o.

⁹ Terme générique désignant à la fois les incidents et les accidents lorsqu'il n'y a pas lieu de les distinguer.

Aspect méthodologique

Mécanisme de déclaration

Chaque établissement doit établir et adopter une politique de gestion du formulaire de déclaration d'incident ou d'accident qui décrit les diverses étapes de la déclaration d'un accident ou d'un incident ainsi que les rôles et responsabilités des divers intervenants en lien avec cette gestion de l'événement.

Lorsqu'un événement survient et qu'il est constaté par un employé, un professionnel qui exerce sa profession dans le centre, un stagiaire ou toute personne liée par contrat qui dispense des services aux usagers de l'établissement, cet événement doit être déclaré sur le formulaire prévu à cet effet (formulaire AH-223, format papier ou logiciel de saisie des données : SISSS ou autres logiciels)¹⁰.

Dans le cas du formulaire papier, le déclarant remet le formulaire à son chef de service ou à la personne qui assurera le suivi de l'événement. Cette personne doit par ailleurs veiller à la qualité de l'information apparaissant dans le formulaire, effectuer l'analyse de l'événement déclaré, y inscrire le statut de l'événement (accident ou incident), le niveau de gravité des conséquences constatées au moment de la déclaration ainsi que les mesures retenues pour la prévention de la récurrence. Cette personne achemine ensuite la copie du formulaire au gestionnaire de risques. Ce dernier voit à ce que le formulaire soit bien rempli, confirme sa catégorie et assure le suivi de la mise en place des mesures visant à prévenir la récurrence. Le schéma du traitement d'un événement est présenté à l'annexe 1¹¹.

Dans les établissements où la saisie est centralisée, le formulaire est ensuite acheminé pour la saisie des données dans le registre local de l'établissement. Dans les établissements où la saisie est décentralisée, le déclarant fait sa déclaration directement dans l'application informatique qui la dépose dans le registre local. Le registre national puise ses informations à même les registres locaux des établissements, où toutes les informations nominatives ont toutefois été éliminées.

¹⁰ Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., chapitre S-4.2, art. 233.1.

¹¹ Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de la qualité, *Lignes directrices à l'intention du réseau de la santé et des services sociaux*, septembre 2011.

Outils de collecte de données

Formulaire AH-223

Le formulaire AH-223, révisé et entériné en 2007, est dans les faits composé de trois formulaires distincts : le « rapport de déclaration », le « rapport d’analyse » et le « rapport de divulgation ». Cinq versions de ce formulaire ont été produites afin de répondre aux besoins spécifiques de chacune des catégories d’établissements (CH-CSSS-CHSLD, CRDP, CRPAT, CJ, CRDI)¹².

« Rapport de déclaration »

Seul ce formulaire est d’usage obligatoire pour tous les établissements. Effectivement, depuis le 1^{er} avril 2008, tous les établissements ont l’obligation de n’utiliser que le « rapport de déclaration » pour déclarer les incidents et accidents survenus lors de la prestation de soins ou de services. Ce formulaire est utilisé par l’ensemble du personnel de l’établissement, qui a la responsabilité de faire la déclaration de tout incident ou accident.

Un guide d’utilisation joint au « rapport de déclaration » présente certaines consignes quant aux informations à colliger pour chacune des sections, assurant ainsi une certaine standardisation dans la manière de compléter le formulaire. Les sections 1 à 9 du formulaire de déclaration sont remplies par le déclarant et regroupent les données factuelles de l’événement. Le formulaire est ensuite acheminé au chef de service, qui lui est responsable de remplir les sections 10 à 12 du formulaire. Il y précise les mesures retenues pour la prévention de la récurrence, le statut et le niveau de gravité de l’événement ainsi que les étapes du processus de divulgation. Ce formulaire comprend deux copies : une pour le dossier de l’usager et une pour le dossier de la gestion des risques. Ces deux copies sont confidentielles, puisqu’elles contiennent de l’information liée à l’usager. Les données présentées dans le présent rapport sont uniquement tirées des informations non nominales contenues dans le « rapport de déclaration ».

¹² Les cinq versions du formulaire AH-223 sont disponibles à l’adresse suivante :

<http://mssa4.msss.gouv.qc.ca/intra/formres.nsf/9d7020958f686e8a85256e4500715a8f/7743727e80484897852573e20050af81?OpenDocument>

« Rapport d'analyse » et « rapport de divulgation »

Le « rapport d'analyse » et le « rapport de divulgation » sont, quant à eux, d'usage facultatif et réservé aux gestionnaires de risques ou, encore, aux personnes nommées par les établissements pour effectuer une analyse plus détaillée de l'événement ou la divulgation des accidents. Ces deux derniers formulaires ont été conçus pour aider les intervenants et servent d'aide-mémoire, puisqu'ils précisent la nature des informations à analyser ou à divulguer. Comme l'utilisation de ces formulaires n'est pas obligatoire, il est du ressort de l'établissement de décider, par ses politiques et procédures, de leur utilisation, de leur cheminement à l'interne et des rôles et responsabilités qui y sont liés. Le présent rapport ne traite pas des informations contenues dans ces deux formulaires, car en raison de leur utilisation facultative et variable, aucune tendance nationale ne peut être affirmée. Cependant, puisque certaines informations relatives à la divulgation apparaissent également dans le « rapport de déclaration », il a été possible d'en faire une analyse générale.

Application Web

Depuis le 1^{er} avril 2009, tous les établissements ont l'obligation d'alimenter le système d'information sur la sécurité des soins et des services (SISSS), en y enregistrant toutes les données et les informations recueillies au moyen du « rapport de déclaration ». Le MSSS a financé la création d'un outil informatique Web permettant :

- ✓ d'enregistrer et de traiter les données recueillies avec le formulaire AH-223;
- ✓ de constituer les registres locaux de chacun des établissements;
- ✓ de produire, à partir de ces registres locaux, les rapports requis permettant la détermination des mesures déjà mises en œuvre ou des mesures à mettre en place pour prévenir la survenue ou la répétition des incidents et des accidents;
- ✓ d'alimenter le registre national, qui aidera les décideurs à convenir des interventions systémiques qu'il y a lieu de réaliser, le cas échéant.

Cette application Web est mise gratuitement à la disposition des établissements depuis 2008, mais n'est pas d'usage obligatoire. Certains établissements ont fait le choix d'utiliser une application locale. Les conditions que ces établissements doivent respecter sont d'obtenir la certification du Bureau d'accueil du MSSS et l'homologation de SOGIQUE afin de pouvoir effectuer le transfert massif des données dans la base de données commune du SISSS permettant l'alimentation du registre national.

Un mécanisme complexe de circulation de l'information a été élaboré pour le processus de déclaration. Ainsi, le formulaire électronique ne peut être utilisé que par les personnes y ayant été autorisées et selon un statut bien précis (déclarant, chef de service, gestionnaire de risques,

etc.). Une déclaration doit être approuvée pour passer au statut suivant et elle peut être retournée à un statut antérieur pour modifications. À un rythme qui varie selon les établissements (saisie centralisée ou décentralisée), les données des formulaires AH-223 sont retranscrites dans le formulaire électronique. Un certain nombre de variables disponibles dans les registres locaux des établissements ont été retenues pour alimenter le registre national.

Ces variables sont ensuite dupliquées régulièrement dans la base provinciale du MSSS. Cette base provinciale ne contient aucune information permettant d'identifier les usagers ou les intervenants.

Processus de validation des données

À l'étape de la saisie informatique des informations colligées dans les formulaires papier ou, encore, lors de l'importation des données provenant des applications homologuées, certaines validations automatiques sont appliquées. Le système informatique effectue des validations unitaires, c'est-à-dire qu'il s'assure de la présence de chacun des éléments obligatoires, sans quoi la soumission de la déclaration est impossible. Des validations de cohérence entre les éléments sont également effectuées de manière à vérifier la correspondance entre certaines sections du formulaire (I/A et l'indice de gravité, le code du regroupement et le code de l'établissement, la date de l'événement et la date du constat). Enfin, des validations entre les volets sont réalisées afin de s'assurer que les informations versées dans la base de données respectent les règles du système (exemple : la déclaration doit être soumise pour que l'analyse sommaire soit soumise).

Lors de l'analyse des données, d'autres validations sont effectuées, principalement pour les dates de naissance improbables (déclarations indiquant une année de naissance antérieure à 1900), les événements dont le statut (I/A) est « non déterminé », la répartition mensuelle du nombre de déclarations par établissement (afin de déterminer les établissements n'étant pas parvenus à compléter la saisie de leurs données pour la période visée) ainsi que l'obtention d'informations additionnelles auprès des établissements n'ayant pas participé à l'alimentation du RNIASSSS.

Analyse des données

Les données provenant des formulaires papier pour la période visée (du 1^{er} avril au 30 septembre 2011) ont été saisies dans une base de données locale. Les informations nominatives y figurant ont par la suite été éliminées, et les variables retenues ont été

duplicquées dans la base de données provinciale du MSSS. Après extraction des données de la base de données, l'ensemble des données ont été analysées au moyen du logiciel SAS. Certaines des validations ont été effectuées avec le logiciel ACESSS.

Définitions

Des termes particuliers sont associés au domaine de la gestion des risques. Une interprétation juste des données relatives aux incidents et accidents est tributaire de la compréhension des termes employés dans ce domaine. En ce sens, le tableau 1 présente la définition des termes utilisés dans ce rapport et permet de bien saisir la portée des analyses effectuées.

Tableau 1 : Définition des termes ayant trait à la prestation sécuritaire des soins de santé¹³

Terme	Définition
Prestation de soins et de services	Action de fournir des soins et des services.
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.
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	Action de porter à la connaissance de l'organisation au moyen du formulaire AH-223 et selon la procédure établie par l'établissement, tout accident et tout incident constaté par un employé, un professionnel qui exerce sa profession dans le centre, un stagiaire ou toute personne qui, en vertu d'un contrat, dispense des services aux usagers de cet établissement.
Divulgation	Action de porter à la connaissance de l'usager ou de ses proches, toute l'information nécessaire relative à un accident subi par cet usager et à l'origine de conséquences pour lui. On doit également divulguer les mesures prises pour en contrer les conséquences et éviter la récurrence d'un tel accident. Cette divulgation doit être faite à l'usager, le plus tôt possible ou dès que son état le permet, ou au représentant d'un usager majeur inapte, ou, en cas de décès de l'usager, aux personnes prévues par la loi. On doit également, si la situation le requiert, proposer à l'usager ou à ses proches des mesures de soutien, incluant les soins appropriés.
Échelle de gravité ¹⁴	Outil servant à évaluer la gravité des conséquences découlant d'un événement.

¹³ Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de la qualité, *Lignes directrices à l'intention du réseau de la santé et des services sociaux*, septembre 2011.

¹⁴ L'échelle de gravité utilisée dans le formulaire AH-223 est une adaptation du *National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention* (NCC MERP).

Toute situation non souhaitée, redoutée ou indésirable, qui a nui ou aurait pu nuire à la santé des usagers ou de tiers, doit être déclarée par le biais du formulaire AH-223. Sont exclus de cette obligation : les accidents de travail (qui doivent être déclarés en utilisant le formulaire prévu par l'établissement), les infections nosocomiales (qui doivent être signalées au service de prévention et de contrôle des infections selon les procédures de l'établissement) et les complications prévisibles de la maladie. Effectivement, comme le soulignait le rapport Francoeur, on ne peut associer aux « accidents évitables toute aggravation de l'état de santé d'un patient dont la maladie suit son cours naturel sans que les connaissances et la technologie actuelle ne réussissent à l'enrayer. Sont également exclus les risques que comportent certaines interventions – dont on sait que leur niveau de complexité s'élève constamment –, risques souvent exprimés en pourcentages et dont le patient a été dûment informé. [On ne peut] qualifier d'évitable le fait que le risque se réalise, dans la mesure évidemment où l'intervention (examens, prélèvements, traitements) aura été faite dans le respect des règles convenues »¹⁵.

¹⁵ Rapport Francoeur, février 2001, p. 16.

Réseau québécois de la santé et des services sociaux

La lecture de ce rapport et l'interprétation des données qui y figurent nécessitent d'avoir une bonne vue d'ensemble du réseau québécois de la santé et des services sociaux.

Le réseau québécois de la santé et des services sociaux compte 271 établissements publics ou privés répartis en 18 régions.

Les analyses contenues dans ce rapport concernent 16 régions (3 établissements des régions 17 et 18 sont exclus en raison de dispositions législatives différentes¹⁶). Dans ces 16 régions, 268 établissements sont inscrits à la base de données provinciale¹⁷. Le tableau 2, présentant les données démographiques du Québec par groupe d'âge et par sexe, fait état d'une population totale de plus de 7 900 000 habitants.

Comme il a été mentionné précédemment, certains établissements n'ont pas participé à l'alimentation du registre national des incidents et accidents (9/268), alors que d'autres ne sont pas parvenus à compléter la saisie de leurs données pour la période visée par le présent rapport (82/268 pour lesquels, pour le mois de septembre, le nombre de déclarations est inférieur à 50 % du volume mensuel moyen de déclarations de l'établissement). Par contre, les constats réalisés sont clairs, et il est juste de penser que des données complètes permettraient probablement d'arriver aux mêmes conclusions.

Tableau 2 : Population du Québec par âge et par sexe, 1^{er} juillet 2011¹⁸

	FEMMES		HOMMES		TOTAL	
	NB	%	NB	%	NB	%
0-18 ANS	793 427	9,94	831 386	10,42	1 624 813	20,36
19-44 ANS	1 344 967	16,85	1 407 625	17,64	2 752 592	34,50
45-64 ANS	1 180 088	14,79	1 168 620	14,64	2 348 708	29,43
65-74 ANS	362 342	4,64	329 043	4,12	691 385	8,66
75 ANS et plus	340 592	4,27	221 573	2,78	562 165	7,04
SOUS-TOTAL	4 021 416	50,4 %	3 958 247	49,6 %	7 979 663	100 %

¹⁶ Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris, L.R.Q., chapitre S-5.

¹⁷ La table M02 (référentiel des établissements du MSSS) fait état d'un nombre total de 283 établissements. Par contre, on constate que nous ne disposons d'aucune donnée pour 15 établissements apparaissant dans cette liste, puisqu'ils sont fermés.

¹⁸ Institut de la statistique du Québec, *Population du Québec par âge et par sexe, Québec, 1^{er} juillet 2011*.

Afin de bien mettre en perspective le nombre d'incidents et d'accidents rapportés dans ce rapport, il importe de bien situer les données en matière d'actes médicaux et de volumes de soins. Au Québec, on compte annuellement près de 502 000 chirurgies réalisées, 3,2 millions de visites à l'urgence, 5,6 millions de consultations médicales en établissement et plus de 19 millions de jours-présence en hospitalisation, dont 13,7 millions de journées d'hébergement en CHSLD chez les personnes âgées¹⁹.

¹⁹ Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Comptes de la santé 2008-2009 à 2010-2011*, Québec, février 2011.

Déclaration des incidents et accidents

Données générales

Les données présentées dans ce rapport portent sur les incidents et accidents qui sont survenus entre le 1^{er} avril et le 30 septembre 2011 et qui ont été déclarés et saisis au 20 octobre 2011, date de fermeture de la base de données pour les analyses de cette période.

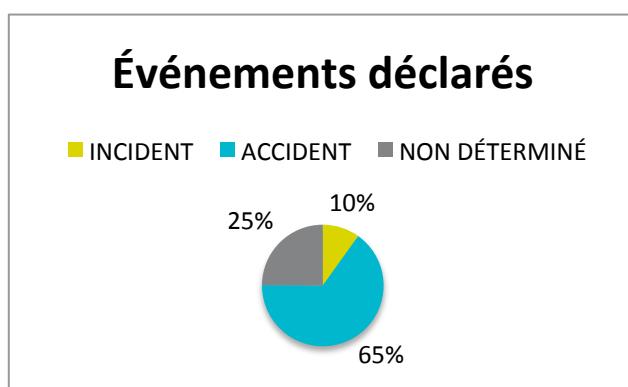
Total des événements déclarés

Au total, 179 011 événements ont été déclarés entre le 1^{er} avril et le 30 septembre 2011. De ce nombre, 17 740 sont des incidents, 116 657 sont des accidents et 44 614 sont de nature indéterminée (tableau 3). La figure 1 montre que les accidents représentent 65 % des déclarations d'événement.

Tableau 3 : Total des événements déclarés

	NB	%
INCIDENT	17 740	9,9
ACCIDENT	116 657	65,2
NON DÉTERMINÉ	44 614	24,9
TOTAL	179 011	100,0

Figure 1 : Total des événements déclarés



Le tableau 3 fait état de 44 614 événements «non déterminés». Il s'agit d'événements dont la nature est établie (chute, médication, traitement, etc.), mais dont les conséquences pour l'usager sont inconnues au moment de la déclaration. En effet, lorsqu'un événement survient, l'intervenant constatant la situation en fait la déclaration (sections 1 à 9 du formulaire) et la soumet à son chef de service, qui lui détermine le niveau de gravité de l'événement (sections 10 à 12). C'est le fait que l'usager a été touché ou non qui permet d'établir la distinction entre un incident et un accident, et le niveau de gravité est déterminé selon la présence ou l'absence de conséquences pour le patient. En ce sens, il est juste de penser que la plupart des événements non déterminés sont des accidents, puisque le patient a été touché. Ce que l'on ignore, c'est si l'événement aura des conséquences et quelle en sera la gravité. Les données générales ont été présentées suivant cette logique en début de rapport.

Répartition des événements déclarés selon le sexe des usagers

Le tableau 4 et la figure 2 montrent que les événements survenus lors de la prestation de soins de santé touchent 10 % plus de femmes que d'hommes. En effet, on observe une différence de près de 20 000 événements déclarés entre les femmes et les hommes. On peut également constater que 2 564 incidents touchant un usager de sexe inconnu ont été déclarés. On se souviendra qu'un incident est un événement qui n'a pas touché l'usager. Ce sont des situations à risque d'accident ou des « échappées belles » qui sont déclarées comme incident. En conséquence, on ne peut pas toujours déterminer le sexe d'un usager qui n'a pas été touché par un tel événement.

Figure 2 : Répartition des événements déclarés selon le sexe des usagers

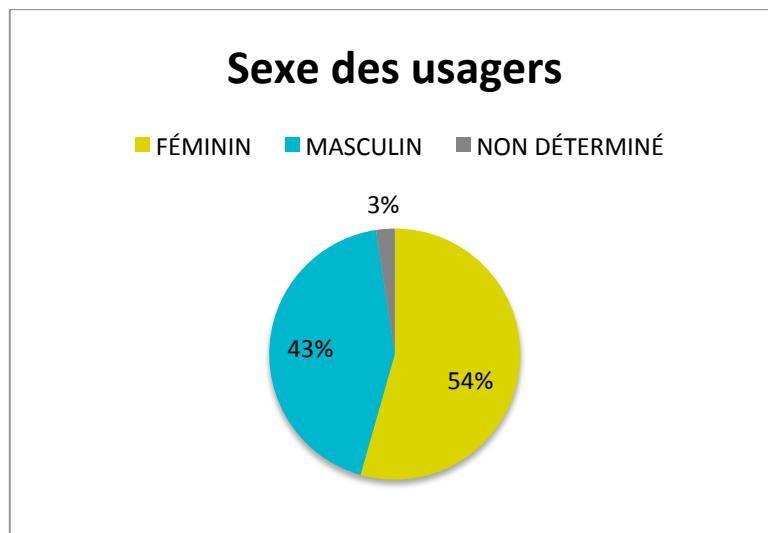


Tableau 4 : Répartition des événements déclarés selon le sexe des usagers

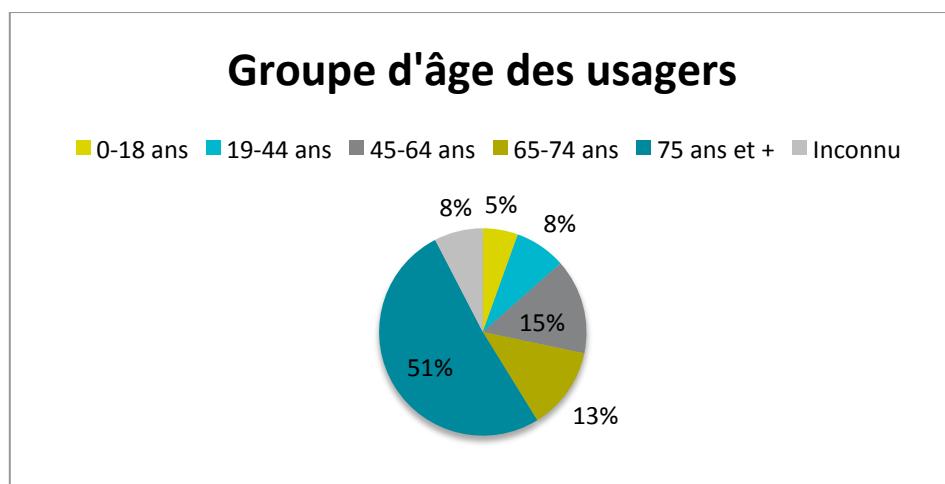
	FÉMININ		MASCULIN		NON DÉTERMINÉ		TOTAL	
	NB	%	NB	%	NB	%	NB	%
INCIDENT	8 425	4,7	6 751	3,8	2 564	1,4	17 740	9,9
ACCIDENT	63 682	35,6	52 434	29,3	541	0,3	116 657	65,2
NON DÉTERMINÉ	25 278	14,1	18 126	10,1	1 210	0,7	44 614	24,9
TOTAL	97 385	54,4	77 311	43,2	4 315	2,4	179 011	100,0

Répartition des événements déclarés selon le groupe d'âge des usagers

Le tableau 5 présente la répartition des événements déclarés selon le groupe d'âge des usagers. Il nous permet de constater qu'un nombre important d'événements ont touché les personnes âgées de 75 ans et plus. En effet, 51,2 % des événements déclarés ont touché un usager appartenant à ce groupe d'âge (tableau 5).

Comme en témoigne une étude menée par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)²⁰, les problèmes de santé étant plus fréquents à cet âge, les personnes âgées de 75 ans et plus sont plus susceptibles de consommer des services de santé et d'être touchées par des événements survenant dans la prestation de soins et de services. La consommation de services semble donc augmenter avec l'âge, puisque les interventions en soins de courte durée par 100 habitants passent de 20 pour la population de 50-54 ans à 140 pour les personnes âgées de 85 à 89 ans, ce qui est 7 fois plus²¹.

Figure 3 : Répartition des événements déclarés selon le groupe d'âge des usagers



Enfin, il importe d'apporter certaines précisions quant à la catégorie « inconnu » figurant au tableau 5 et à la figure 3. Lors du processus de validation des données, certaines anomalies ont été observées, et des décisions méthodologiques ont été prises afin de s'assurer de la fiabilité des données. En effet, une proportion assez importante de déclarations indiquait une année de naissance antérieure à 1900, de telle sorte qu'une proportion toute aussi importante d'usagers âgés de plus de 100 ans avait été touchée par un événement. Puisqu'il est peu probable qu'autant de personnes soient âgées de plus de 100 ans et que toutes ces personnes aient été

²⁰ Institut national de santé publique du Québec, *Un portrait de la santé des Québécois de 65 ans et plus*, Québec, 2003.

²¹ Ministère de la Santé et des Services sociaux, ICLSC, 2009-2010.

touchées par un événement lié à une prestation de soins et de services de santé, on a convenu de considérer tous les usagers de plus de 100 ans comme des usagers d'âge « inconnu ». On peut alors considérer que ces événements se sont produits, mais qu'on ne connaît pas l'âge de l'usager touché.

Tableau 5 : Répartition des événements déclarés selon le groupe d'âge des usagers

	INCIDENT		ACCIDENT		NON DÉTERMINÉ		TOTAL	
	NB	%	NB	%	NB	%	NB	%
0-18 ANS	810	0,5	7 666	4,3	1 341	0,7	9 817	5,5
19-44 ANS	1 538	0,9	10 324	5,8	2 474	1,4	14 336	8,0
45-64 ANS	2 523	1,4	18 372	10,3	5 556	3,1	26 451	14,8
65-74 ANS	2 068	1,2	15 927	8,9	5 160	2,9	23 155	12,9
75 ANS et +	7 725	4,3	61 328	34,3	22 678	12,7	91 731	51,2
INCONNNU	3 076	1,7	3 040	1,7	7 405	4,1	13 521	7,6
TOTAL	17 740	9,9	116 657	65,2	44 614	24,9	179 011	100,0

Répartition des événements déclarés selon le sexe et le groupe d'âge des usagers

Les constats émergeant de l'analyse des données présentées au tableau 6 ne sont pas bien différents des précédents, et les mêmes tendances peuvent être observées. En effet, indépendamment du sexe de l'usager touché par un événement, le groupe d'âge des 75 ans et plus représente le plus d'événements. De la même façon, tous groupes d'âge confondus, on note un nombre d'événements plus élevé chez les femmes que chez les hommes.

Tableau 6 : Répartition des événements déclarés selon le sexe et le groupe d'âge des usagers

	INCIDENT		ACCIDENT		NON DÉTERMINÉ		TOTAL	
	NB	%	NB	%	NB	%	NB	%
FÉMININ								
0-18 ANS	393	0,2	3 068	1,7	727	0,4	4 188	2,3
19-44 ANS	736	0,4	4 760	2,7	1 213	0,7	6 709	3,7
45-64 ANS	1 161	0,6	8 409	4,7	2 513	1,4	12 083	6,7
65-74 ANS	991	0,6	7 438	4,2	2 448	1,4	10 877	6,1
75 ANS et plus	4 864	2,7	38 348	21,4	14 922	8,3	58 134	32,5
INCONNU	280	0,2	1 659	0,9	3 455	1,9	5 394	3,0
SOUS-TOTAL	8 425	4,7	63 682	35,6	25 278	14,1	97 385	54,4
	INCIDENT		ACCIDENT		NON DÉTERMINÉ		TOTAL	
	NB	%	NB	%	NB	%	NB	%
MASCULIN								
0-18 ANS	411	0,2	4 572	2,6	613	0,3	5 596	3,1
19-44 ANS	802	0,4	5 559	3,1	1 258	0,7	7 619	4,3
45-64 ANS	1 359	0,8	9 957	5,6	3 039	1,7	14 355	8,0
65-74 ANS	1 076	0,6	8 483	4,7	2 710	1,5	12 269	6,9
75 ANS et plus	2 856	1,6	22 960	12,8	7 743	4,3	33 559	18,7
INCONNU	247	0,1	903	0,5	2 763	1,5	3 913	2,2
SOUS-TOTAL	6 751	3,8	52 434	29,3	18 126	10,1	77 311	43,2
	INCIDENT		ACCIDENT		NON DÉTERMINÉ		TOTAL	
	NB	%	NB	%	NB	%	NB	%
NON DÉTERMINÉ								
0-18 ANS	6	0,0	26	0,0	1	0,0	33	0,0
19-44 ANS	0	0,0	5	0,0	3	0,0	8	0,0
45-64 ANS	3	0,0	6	0,0	4	0,0	13	0,0
65-74 ANS	1	0,0	6	0,0	2	0,0	9	0,0
75 ANS et plus	5	0,0	20	0,0	13	0,0	38	0,0
INCONNU	2 549	1,4	478	0,3	1 187	0,7	4 214	2,4
SOUS-TOTAL	2 564	1,4	541	0,3	1 210	0,7	4 315	2,4
TOTAL	17 740	9,9	116 657	65,2	44 614	24,9	179 011	100,0

Données spécifiques

En remplissant le formulaire AH-223, les déclarants sont invités à apporter certaines précisions à l’égard du type d’événement déclaré. Ces indications sont essentielles à l’analyse des événements ainsi qu’à la mise en place de mesures visant à en prévenir la récurrence. En effet, ces informations permettent bien souvent de cibler la cause ou encore le processus à l’origine de l’événement. Bien que ce type d’information ne fasse pas l’objet d’analyse particulière dans ce premier rapport, le tableau qui suit permet de prendre connaissance des précisions que l’on trouve dans le formulaire AH-223.

Tableau 7 : Précisions sur les types d’événements

TYPES D’ÉVÉNEMENTS		PRÉCISIONS
Chute	Chaise/fauteuil	Lit
	Chutes répétitives	Quasi-chute
	Civière	Trouvé par terre
	En circulant	Autre
Médicament Traitements	Erreur interceptée avant l’administration	Entreposage
	Omission	Nature du médicament/du traitement/du test/de la diète
	Identité de l’usager	Infiltration/extravasation
	Dose	Heure d’administration/de prélèvement
Test diagnostic (Dx) Diète	Allergie	Autre
	Voie d’administration/de prélèvement	
	Bris/défectuosité	Panne informatique
	Disparition	Programmation
Lié au matériel Lié à l’équipement Lié au bâtiment Lié aux effets personnels	Disponibilité	Salubrité
	Incendie	Stérilité
	Inondation	Utilisation non-conforme
	Panne d’ascenseur	Autre
	Panne électrique	
Possibilité d’abus, d’agression ou de harcèlement	Psychologique/verbal	Sexuel
	Physique	Code blanc
Incident/accident transfusionnel		Ces événements sont déclarés via le formulaire AH-520 et sont analysés dans un autre système d’information.
Autres types d’événement	Automutilation	Lié aux contentions
	Blessure d’origine inconnue	Non-respect d’une procédure
	Bris d’asepsie et de stérilité	Obstruction respiratoire
	Bris de confidentialité	Plaie de pression
	Décompte chirurgical	Refus de quitter les lieux
	inexact/omis	Refus de traitement
	Délai/retard	Situation à risque
	Erreur lié au dossier	Tentative de suicide
	Évasion	Sécurité de l’information
	Fugue	Lié à une activité
	Lié au consentement	Autre
Non déterminé		

Répartition des événements déclarés par type d'événement

La figure 4 et le tableau 8 présentent la classification des événements déclarés en fonction du type d'événement survenu. Parmi les événements les plus fréquents, on compte 62 737 chutes et 53 931 erreurs liées à la médication, soit respectivement 35 % et 30,1 % de la totalité des événements survenus lors de la prestation de soins et de services de santé. Autrement dit, ces deux types d'événements sont à l'origine de près de 65 % des déclarations d'incidents ou d'accidents.

Figure 4 : Répartition des types d'événements déclarés

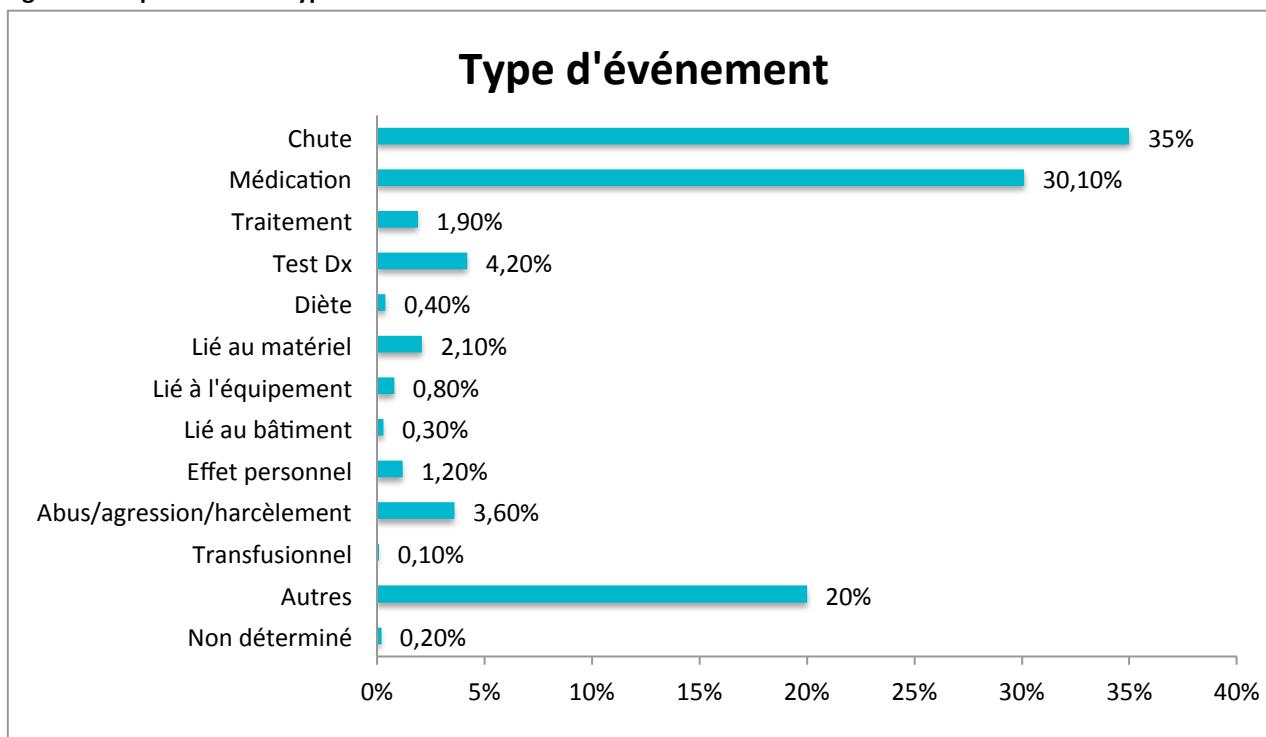


Tableau 8 : Répartition des types d'événements déclarés

TYPE D'ÉVÉNEMENT	INCIDENTS	ACCIDENTS	NON DÉTERMINÉ	TOTAL
CHUTE	1 937	43 509	17 291	62 737
MÉDICATION	6 508	36 029	11 394	53 931
TRAITEMENT	249	2 073	1 072	3 394
TEST DX	900	4 518	2 162	7 580
DIÈTE	111	398	267	776
LIÉ AU MATÉRIEL	1 084	1 581	1 021	3 686
LIÉ À L'ÉQUIPEMENT	552	582	356	1 490
LIÉ AU BÂTIMENT	275	121	135	531
EFFET PERSONNEL	505	1 107	500	2 112
ABUS / AGGRESSIONS / HARCÈLEMENT	525	4 094	1 862	6 481
TRANSFUSIONNEL ²²	15	79	44	138
AUTRES	4 979	22 356	8 488	35 823
NON DÉTERMINÉ	100	210	22	332
TOTAL NB	17 740	116 657	44 614	179 011
TOTAL %	9,9	65,2	24,9	100

Le tableau 8 fait état d'un peu plus de 35 000 « autres » événements. Les incidents et accidents incluent dans le type « autres » sont de nature très variée, puisque ce type est utilisé pour classer les incidents ou accidents souvent spécifiques à une seule catégorie d'établissements (on se rappellera qu'il existe une version du formulaire de déclaration pour chacune des cinq grandes catégories d'établissements définies dans le SISSS). Ce faisant, les chiffres pour chacune des précisions indiquées dans le tableau 7 étaient si dilués qu'il était plus intéressant de les présenter regroupés en un seul et même type d'événement (automutilation, fugue, refus de traitement, tentative de suicide, etc.).

Les chutes et les erreurs de médication étant les types d'événements les plus fréquemment déclarés, il n'est pas étonnant de constater, au tableau 9, une prédominance de leur survenue indépendamment du groupe d'âge. En effet, pour tous les groupes d'âge, ce sont ces deux types d'événements qui affichent une récurrence plus importante.

²² Les incidents et accidents transfusionnels doivent être déclarés au moyen du formulaire AH-520. Or, il arrive que certains intervenants en fassent la déclaration en utilisant le formulaire AH-223. Les données présentées dans ce rapport ne témoignent donc pas de la réalité dans ce secteur d'activité. Des travaux sont en cours afin que les données provenant du système d'hémovigilance du Québec soient intégrées dans le SISSS.

Tableau 9 : Répartition des types d'événements déclarés par groupe d'âge

TYPE D'ÉVÉNEMENT	0 - 18 ANS	19 - 44 ANS	45 - 64 ANS	65 - 74 ANS	75 ANS et +	INCONNU	TOTAL	%
CHUTE	1 293	1 863	7 278	8 761	40 949	2 593	62 737	35,0
MÉDICATION	3 044	4 060	8 705	7 855	26 348	3 919	53 931	30,1
TRAITEMENT	160	266	693	595	1 215	465	3 394	1,9
TEST DIAGNOSTIQUE	585	1 117	1 681	1 288	2 028	881	7 580	4,2
DIÈTE	67	57	170	107	301	74	776	0,4
LIÉ AU MATÉRIEL	233	412	740	447	1 016	838	3 686	2,1
LIÉ À L'ÉQUIPEMENT	51	84	249	169	400	537	1 490	0,8
LIÉ AUBÂTIMENT	15	49	52	36	47	332	531	0,3
EFFET PERSONNEL	31	53	176	214	1 457	181	2 112	1,2
ABUS/AGGRESSION/HARCÈLEMENT	448	1 490	1 310	546	2 293	384	6 481	3,6
TRANSFUSIONNEL	10	5	20	17	66	20	138	0,1
AUTRE	3 827	4 820	5 287	3 077	15 583	3 229	35 823	20,0
NON DÉTERMINÉ	43	60	90	43	28	68	332	0,2
TOTAL	9 817	14 336	26 451	23 155	91 731	13 521	179 011	100,0

Répartition des événements déclarés par région

La figure 5 fait état des proportions des incidents et des accidents déclarés pour chacune des régions administratives du Québec. D'un simple coup d'œil, on peut constater que la majorité des incidents et des accidents sont survenus dans les régions de Montréal, de la Montérégie et de la Capitale-Nationale. Il est possible d'expliquer cette situation par les données populationnelles régionales (tableau 10), puisque la population de ces trois régions représente près de 52 % de la population totale du Québec. De la même façon, c'est dans ces trois régions que sont localisés 53 % des établissements, dont plusieurs offrent à la population des soins spécialisés et surspécialisés. Il n'est donc pas étonnant de constater que la plupart des incidents et des accidents surviennent dans ces régions, étant donné les hauts niveaux d'activités qui y sont concentrés.

Dans un autre ordre d'idées, la figure 5 met en évidence une situation particulière pour la région de l'Estrie. En effet, cette région présente davantage d'incidents que d'accidents. On se rappellera que selon les données générales, les incidents représentaient seulement 10 % du nombre total d'événements déclarés. Il est donc curieux de constater que le nombre d'incidents est près de 3 fois supérieur au nombre d'accidents dans cette région. Une analyse plus poussée sera nécessaire pour expliquer ce phénomène.

Enfin, les données de la région de Laval soulèvent également quelques questionnements. Le nombre d'établissements de cette région est analogue aux nombres d'établissements des régions de la Mauricie et du Centre-du-Québec, de l'Estrie et de Chaudière-Appalaches, mais les événements déclarés y sont nettement moins nombreux. On peut penser qu'en réalité, le nombre d'événements pourrait être comparable à ceux des régions précédemment mentionnées, puisque les données régionales spécifiques (se référer à la p. 65) révèlent que pour 7 établissements sur 12, les données transmises sont incomplètes (pour le mois de septembre, le nombre de déclarations est inférieur à 50 % du volume mensuel moyen de déclarations de l'établissement).

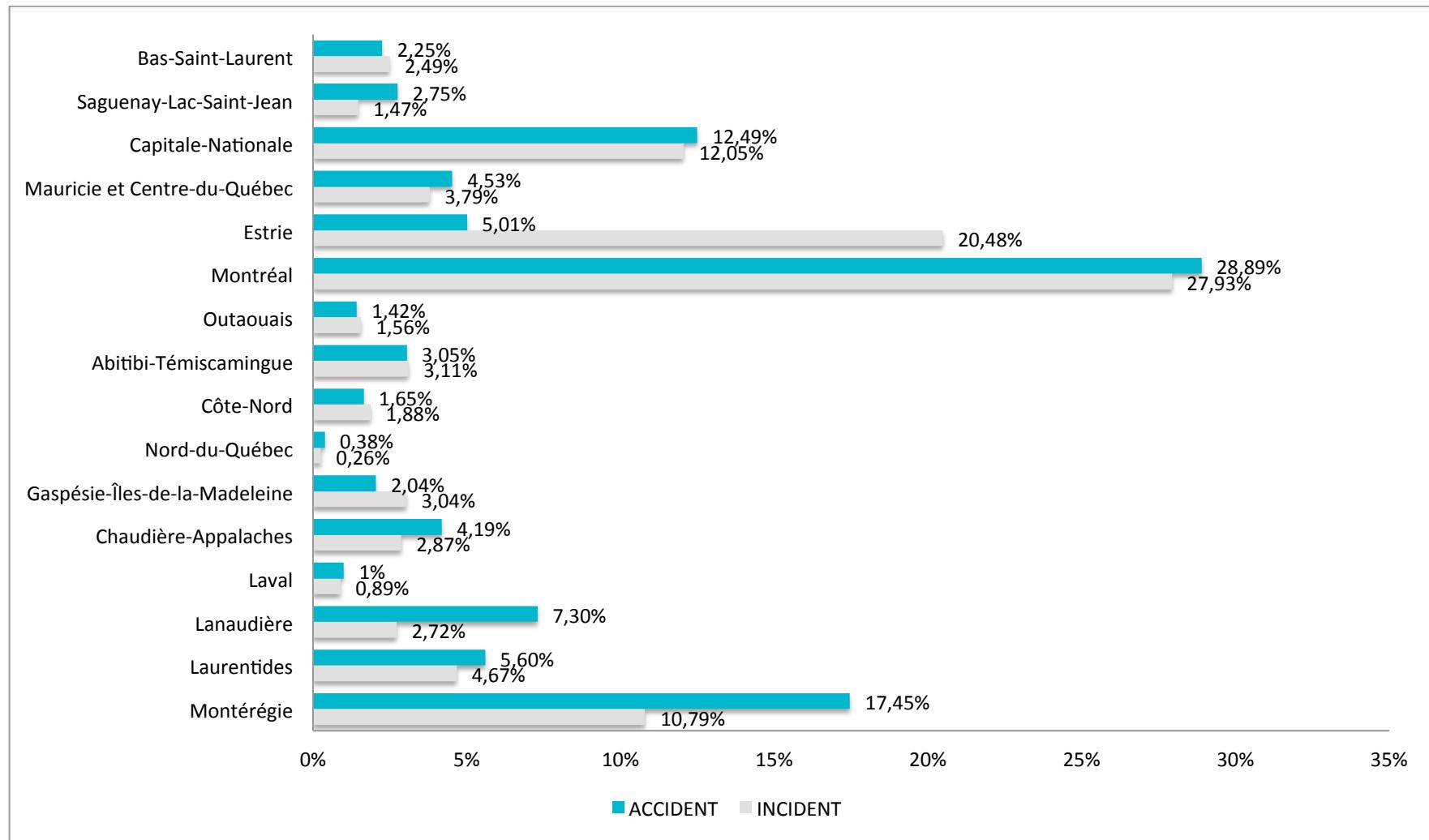
Tableau 10 : Données démographiques des régions administratives du Québec²³

RÉGIONS	POPULATION DE LA RÉGION AU 1 ^{ER} JUILLET 2010 ²⁴	PROPORTION DE LA POPULATION TOTALE	NB ÉTABLISSEMENTS
01 BAS-SAINT-LAURENT	201 268	2,55%	10
02 SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN	272 911	3,46%	9
03 CAPITALE-NATIONALE	693 859	8,81%	26
04 MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	494 786	6,28%	14
05 ESTRIE	309 975	3,93%	14
06 MONTRÉAL	1 934 082	24,55%	87
07 OUTAOUAISSAIS	363 638	4,62%	10
08 ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	145 835	1,85%	10
09 CÔTE-NORD	95 538	1,21%	8
10 NORD-DU-QUÉBEC	14 186	0,18%	1
11 GASPÉSIE-ÎLES-DE-LA-MADELEINE	93 826	1,19%	7
12 CHAUDIÈRE-APPALACHES	405 483	5,15%	13
13 LAVAL	398 667	5,06%	12
14 LANAUDIÈRE	464 467	5,89%	8
15 LAURENTIDES	549 442	6,97%	11
16 MONTÉRÉGIE	1 441 423	18,29%	28
TOTAL	7 879 386	100%	268

²³ Prendre note que les données démographiques régionales les plus récentes datent de juillet 2010, ce qui explique l'écart de 100 277 (population totale) entre le tableau 2 et celui présenté ici.

²⁴ Institut de la statistique du Québec, *Estimation de la population des régions administratives selon le groupe d'âge et le sexe, 1^{er} juillet 2010*.

Figure 5 : Répartition des événements déclarés par région

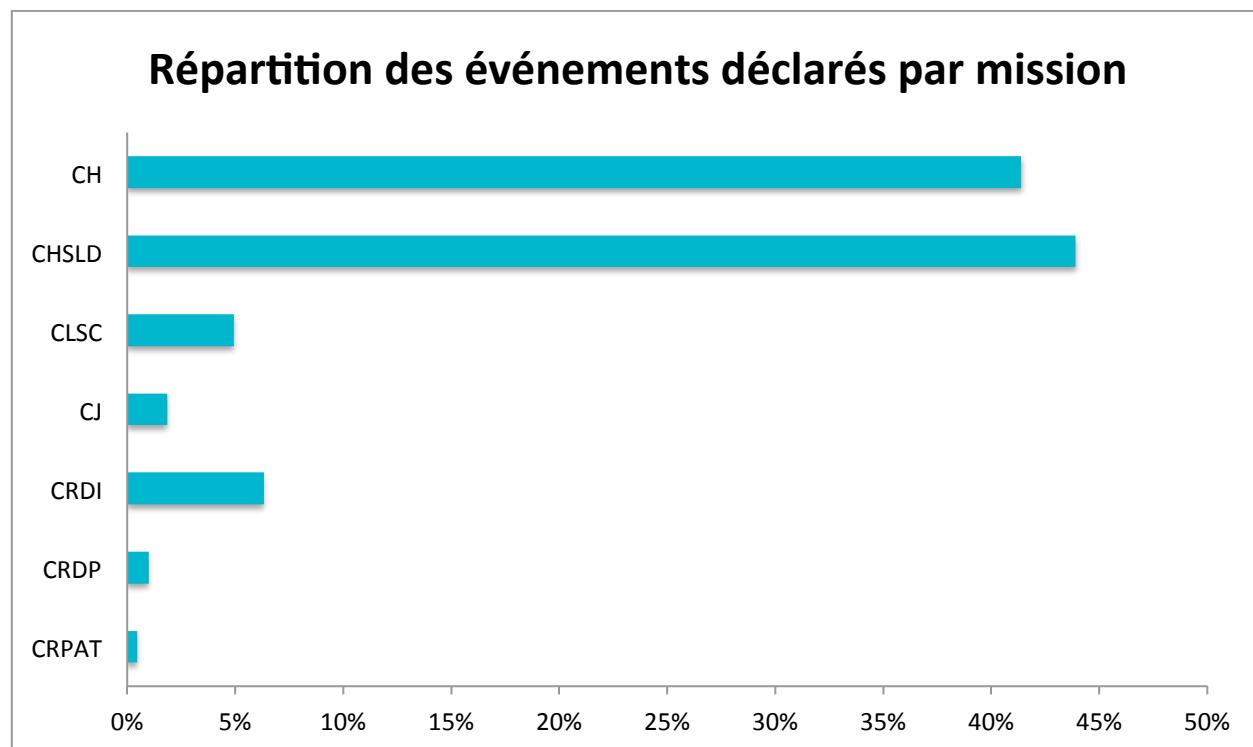


Répartition des événements déclarés par mission

Comme les données sont issues des différentes versions du formulaire AH-223, les extractions réalisées ne permettaient pas d'isoler les missions CH, CHSLD et CLSC, puisque tous les établissements appartenant à l'une ou l'autre de ces missions utilisent le même formulaire. Une catégorisation manuelle de chacune des installations où se sont produits les événements a permis d'obtenir un portrait beaucoup plus précis des types d'événements les plus fréquents selon les missions des établissements.

De façon générale, les missions CH et CHSLD sont celles où il se produit le plus d'incidents et d'accidents, et ce, dans une proportion similaire pour chacune des régions (entre 35 % et 55 %). Cette prédominance s'explique entre autres par le volume et la nature des soins prodigués dans ces types d'établissements²⁵.

Figure 6 : Répartition des événements déclarés par mission d'établissement



²⁵ Se référer à la page 10.

Types d'événements déclarés par région, par mission d'établissement et par établissement

Cette section présente, pour chaque région, les incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et services de santé. Pour chacune des régions, un tableau populationnel est présenté, de manière à mettre en perspective le nombre d'événements rapportés en fonction de la proportion de la population totale et du nombre d'établissements de la région. Ensuite, la répartition régionale du nombre d'événements est illustrée selon les missions des établissements et les types d'événements. Enfin, un tableau présente, par établissement, le nombre d'événements déclarés par type d'événements²⁶.

Encore une fois, les données régionales ne diffèrent pas des données génériques. En effet, indistinctement de la région administrative analysée, les types d'événements les plus récurrents sont les chutes et les erreurs liées à la médication.

²⁶ Pour chacune des régions, les établissements n'ayant pas fourni leurs données pour les événements survenus entre le 1^{er} avril et le 30 septembre 2011 sont surlignés en gris. Les établissements pour lesquels la transmission des données était incomplète à la date de fermeture de la base de données (20 octobre 2011) sont suivis d'un astérisque.

Bas Saint-Laurent

Tableau 11 : Données démographiques de la région du Bas-Saint-Laurent

RÉGION	POPULATION DE LA RÉGION AU 1 ^{ER} JUILLET 2010	PROPORTION DE LA POPULATION TOTALE	NB ÉTABLISSEMENTS
01 BAS-SAINT-LAURENT	201 268	2,55%	10
TOTAL	7 879 386	100%	268

Figure 7 : Bas-Saint-Laurent, événements déclarés par mission d'établissement

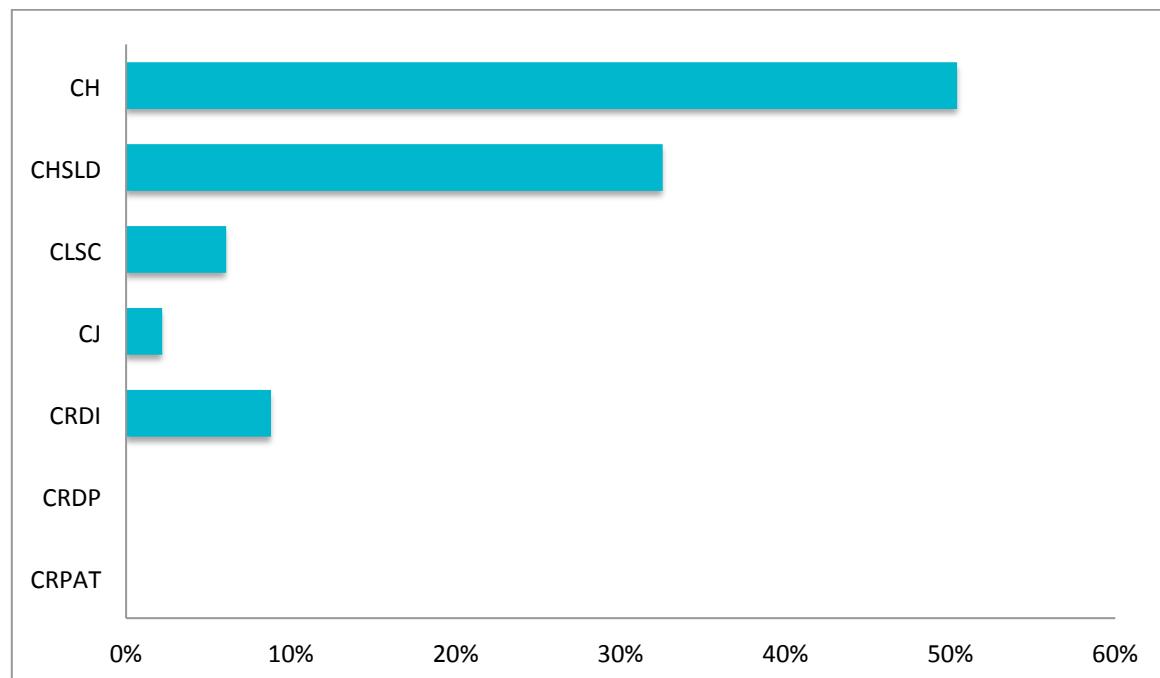


Figure 8 : Bas-Saint-Laurent, types d'événements déclarés

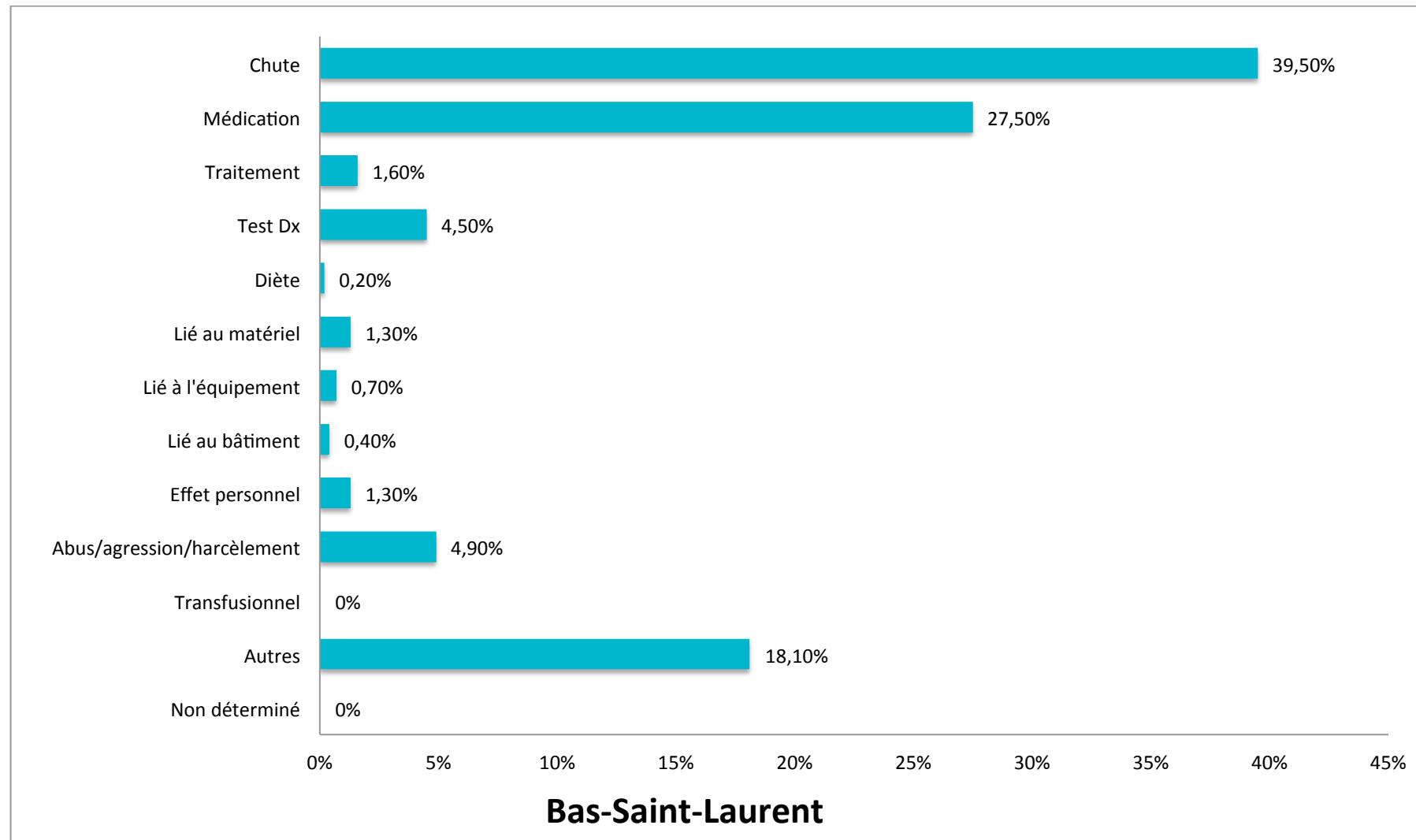


Tableau 12 : Bas-Saint-Laurent, types d'événements déclarés par mission d'établissement et par établissement

01 – Bas-Saint-Laurent	CHUTE	MÉDICATION	TRAITEMENT	TEST Dx	DIÈTE	LIÉ AU MATERIEL	LIÉ À L'ÉQUIPEMENT	LIÉ AU BÂTIMENT	EFFET PERSONNEL	ABUS / AGGRESSION /HARCÈLEMENT	TRANSFUSIONNEL	AUTRES	NON DÉTERMINÉ	TOTAL	
	ÉTABLISSEMENT	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	%
CSSS DE KAMOURASKA*	170	74	2	20	0	4	1	5	7	5	0	30	0	318	8,6
CSSS DE LA MATAPEMIA	215	206	13	13	2	4	4	0	1	23	0	57	0	538	14,5
CSSS DE LA MITISS*	137	195	8	10	0	20	1	0	3	24	0	140	0	538	14,5
CSSS DE MATANE*	133	82	4	42	0	7	5	3	1	10	1	45	0	333	9,0
CSSS DE RIMOUSKI-NEIGETTE*	45	24	3	41	1	2	1	0	1	2	0	9	0	129	3,5
CSSS DE RIVIERE-DU-LOUP*	225	156	5	7	1	2	1	0	13	36	0	67	0	513	13,8
CSSS DE TEMISCOUATA	251	136	15	10	0	6	4	2	13	31	0	42	0	510	13,8
CSSS DES BASQUES	170	93	10	23	2	3	8	6	9	32	0	63	0	419	11,3
SOUS-TOTAL: CH-CSSS-CHSLD	1 346	966	60	166	6	48	25	16	48	163	1	463	0	3 298	89,0
CENTRE JEUNESSE DU BAS-ST-LAURENT	10	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	64	0	81	2,2
SOUS-TOTAL : CJ	10	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	64	0	81	2,2
CR EN DEFICIENCE INTELLECTUELLE DU BAS-SAINT-LAURENT	108	44	0	0	0	0	0	0	0	20	0	153	0	325	8,8
SOUS-TOTAL : CRDI	108	44	0	0	0	0	0	0	0	20	0	153	0	325	8,8
TOTAL	1 464	1 017	60	166	6	48	25	16	48	183	1	670	0	3 704	100,0

*Établissement dont les données sont incomplètes (pour le mois de septembre, le nombre de déclarations est inférieur à 50 % du volume mensuel moyen de déclarations de l'établissement).

Saguenay–Lac-Saint-Jean

Tableau 13 : Données démographiques de la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean

RÉGION	POPULATION DE LA RÉGION AU 1 ^{ER} JUILLET 2010	PROPORTION DE LA POPULATION TOTALE	NB ÉTABLISSEMENTS
02 SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN	272 911	3,46%	9
TOTAL	7 879 386	100%	268

Figure 9 : Saguenay–Lac-Saint-Jean, événements déclarés par mission d'établissement

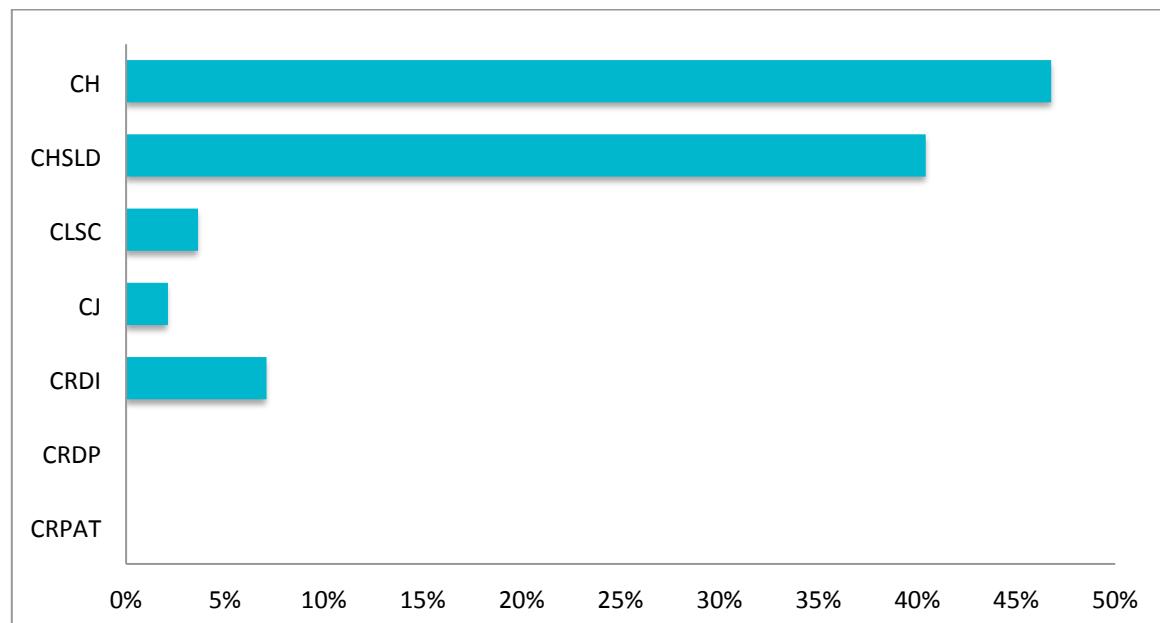


Figure 10 : Saguenay–Lac-Saint-Jean, types d'événements déclarés

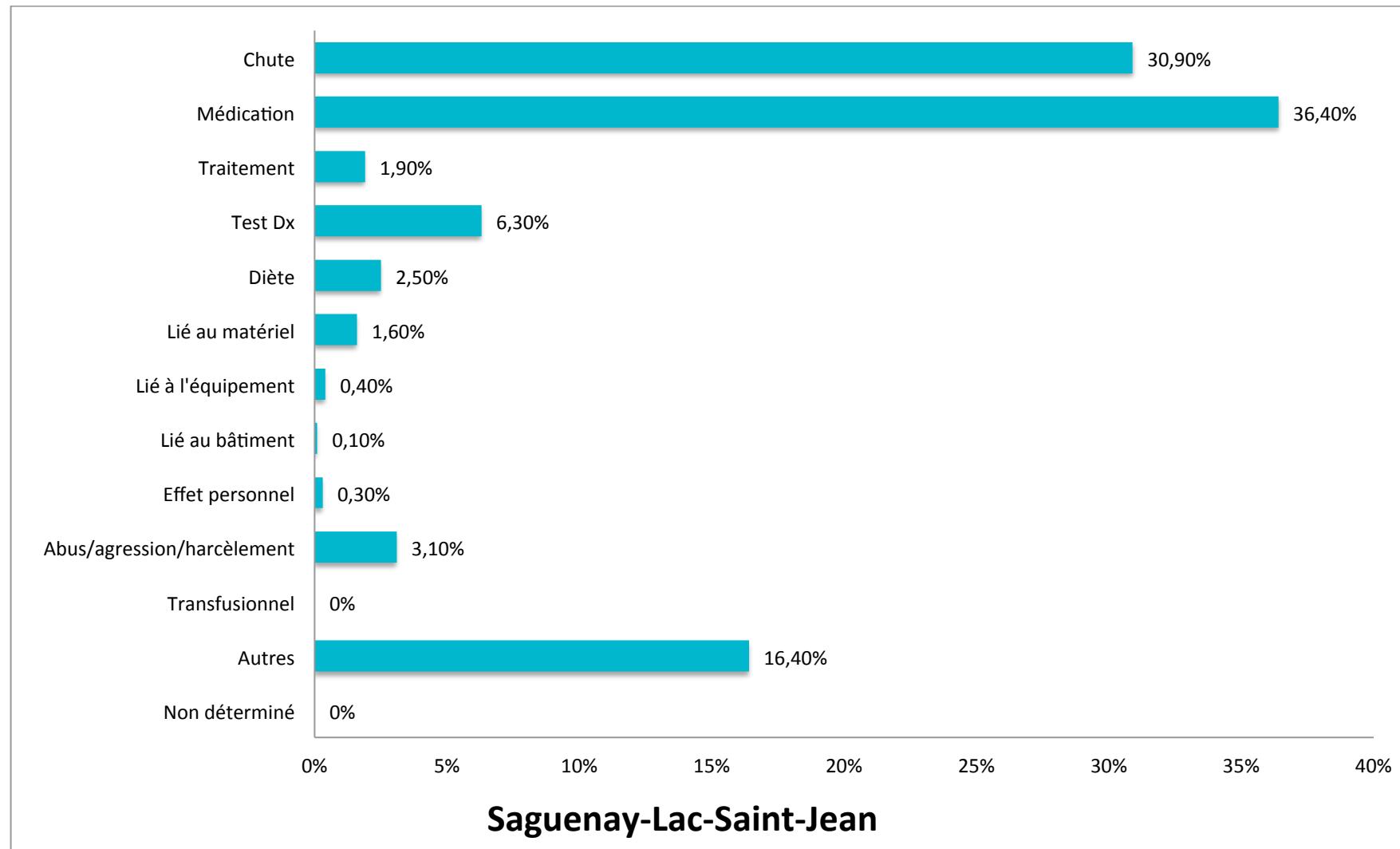


Tableau 14 : Saguenay–Lac-Saint-Jean, types d'événements déclarés par mission d'établissement et par établissement

	CHUTE	MÉDICATION	TRAITEMENT	TEST Dx	DIÈTE	LIÉ AU MATERIEL	LIÉ À L'ÉQUIPEMENT	LIÉ AU BÂTIMENT	EFFET PERSONNEL	ABUS / AGGRESSION /HARCÈLEMENT	TRANSFUSIONNEL	AUTRES	NON DÉTERMINÉ	TOTAL	
ÉTABLISSEMENT	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	%
CSSS CLEOPHAS-CLAVEAU*	157	150	1	56	1	10	9	1	1	8	0	67	0	461	8,2
CSSS DE CHICOUTIMI*	99	291	43	217	134	6	3	0	0	12	0	66	0	871	15,5
CSSS DE JONQUIERE*	234	307	9	22	0	19	1	0	2	14	0	72	0	680	12,1
CSSS DE LAC-SAINT-JEAN-EST	603	617	37	14	6	29	4	2	14	51	0	278	0	1 655	29,5
CSSS DOMAINE-DU-ROY*	235	350	13	21	0	21	3	0	0	12	0	132	0	787	14,0
CSSS MARIA-CHAPDELAINE*	180	137	4	21	0	2	2	1	1	15	0	35	0	398	7,1
FOYER ST-FRANCOIS INC.	89	76	1	1	0	1	0	0	0	9	1	70	0	248	4,4
SOUS-TOTAL : CH-CSSS-CHSLD	1 597	1 928	108	352	141	88	22	4	18	121	1	720	0	5 100	90,8
LE CENTRE JEUNESSE DU SAGUENAY - LAC-SAINT-JEAN	12	46	0	0	0	4	0	0	0	6	0	50	0	118	2,1
SOUS-TOTAL : CJ	12	46	0	0	0	4	0	0	0	6	0	50	0	118	2,1
CRDI DU SAGUENAY - LAC-SAINT-JEAN	128	68	0	0	1	0	0	0	0	47	0	152	0	396	7,1
SOUS-TOTAL : CRDI	128	68	0	0	1	0	0	0	0	47	0	152	0	396	7,1
TOTAL	1 737	2 042	108	352	142	92	22	4	18	174	1	922	0	5 614	100,0

*Établissements dont les données sont incomplètes (pour le mois de septembre, le nombre de déclarations est inférieur à 50 % du volume mensuel moyen de déclarations de l'établissement).

Capitale-Nationale

Tableau 15 : Données démographiques de la région de la Capitale-Nationale

RÉGION	POPULATION DE LA RÉGION AU 1 ^{ER} JUILLET 2010	PROPORTION DE LA POPULATION TOTALE	NB ÉTABLISSEMENTS
CAPITALE- NATIONALE 03	693 859	8,81%	26
TOTAL	7 879 386	100%	268

Figure 11 : Capitale-Nationale, événements déclarés par mission d'établissement

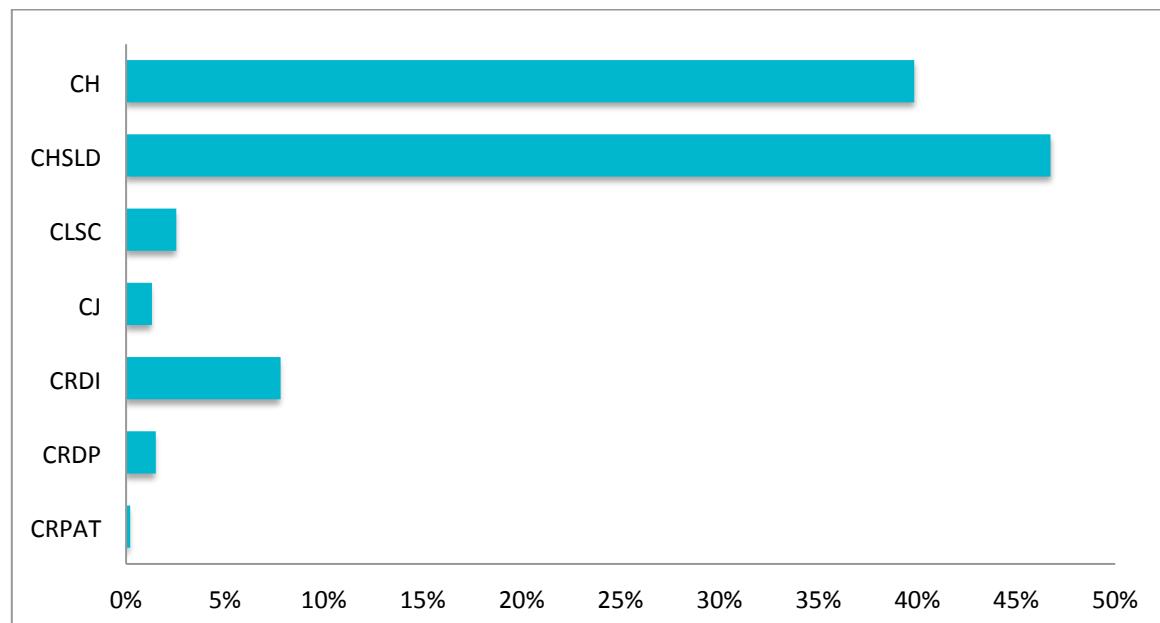


Figure 12 : Capitale-Nationale, types d'événements déclarés

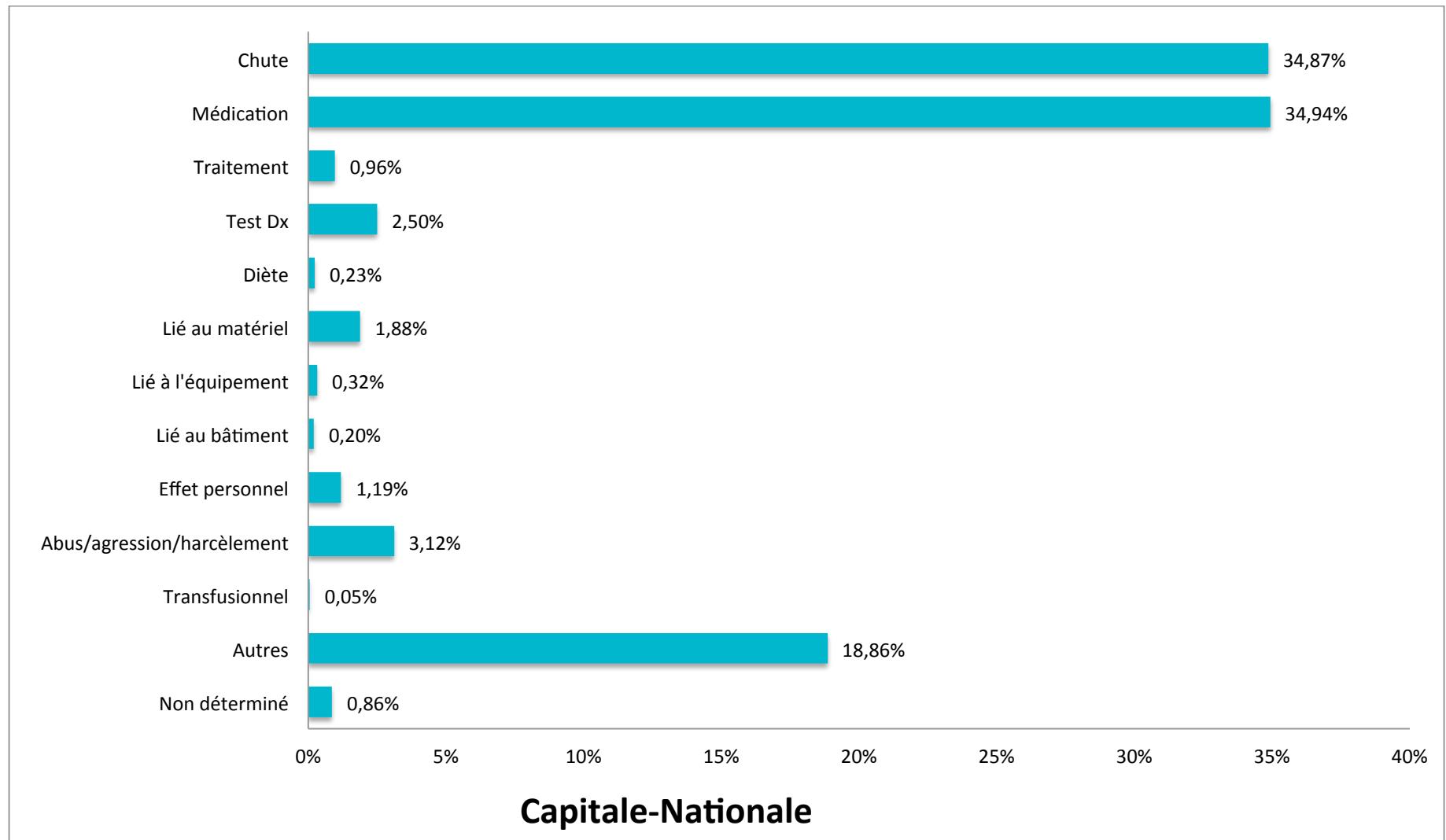


Tableau 16 : Capitale-Nationale, types d'événements déclarés par mission d'établissement et par établissement

03 – Capitale-Nationale	CHUTE	MÉDICATION	TRAITEMENT	TEST Dx	DIÈTE	LIÉ AU MATERIEL	LIÉ À L'ÉQUIPEMENT	LIÉ AU BÂTIMENT	EFFET PERSONNEL	ABUS / AGGRESSION /HARCÈLEMENT	TRANSFUSIONNEL	AUTRES	NON DÉTERMINÉ	TOTAL	
	ÉTABLISSEMENT	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	%
CENTRE D'HEBERGEMENT DU BOISE LTEE	52	112	0	4	1	1	0	0	16	7	0	108	0	301	1,4
CENTRE D'HEBERGEMENT ST-JEAN-EUDES INC.	205	130	3	0	3	6	2	0	10	3	0	208	0	570	2,7
CENTRE HOSPITALIER AFFILIE UNIVERSITAIRE DE QUEBEC	954	1 457	71	226	10	172	18	8	33	18	0	449	0	3 417	16,5
CENTRE HOSPITALIER NOTRE-DAME DU CHEMIN INC.	31	34	0	0	0	3	0	0	3	0	0	89	0	160	0,8
CENTRE HOSPITALIER ST-FRANCOIS INC.	75	33	0	0	0	1	0	0	0	3	0	25	0	137	0,7
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE QUÉBEC	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CHSLD COTE-JARDIN INC.	420	557	16	3	18	15	13	0	20	38	0	277	0	1 377	6,6
CHSLD DOMAINE SAINT-DOMINIQUE S.E.C.	117	127	1	3	0	4	1	1	4	2	0	18	0	278	1,3
CONSEIL DE LA NATION HURONNE WENDAT*	9	3	2	0	0	1	0	12	0	5	0	6	0	38	0,2
CSSS DE CHARLEVOIX*	251	413	0	2	2	5	1	0	0	9	0	83	0	764	3,7
CSSS DE LA VIEILLE-CAPITALE	1 815	1 250	4	68	1	47	1	3	61	122	4	369	0	3 745	18,0
CSSS DE PORTNEUF	293	354	5	40	0	42	2	0	4	3	5	83	0	831	4,0
CSSS DE QUEBEC-NORD	973	668	18	56	2	35	5	0	27	104	2	314	0	2 204	10,6
HOPITAL JEFFERY HALE - SAINT-BRIGID'S	432	298	1	4	0	17	0	0	10	23	0	114	0	899	4,3
HOPITAL STE-MONIQUE INC.	37	48	1	0	0	2	1	1	10	10	0	50	0	160	0,8

	CHUTE	MÉDICATION	TRAITEMENT	TEST Dx	DIÈTE	LIÉ AU MATERIEL	LIÉ À L'ÉQUIPEMENT	LIÉ AU BÂTIMENT	EFFET PERSONNEL	ABUS / AGGRESSION /HARCÈLEMENT	TRANSFUSIONNEL	AUTRES	NON DÉTERMINÉ	TOTAL	
ÉTABLISSEMENT	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	%
INST. UNIV. DE CARDIOLOGIE ET PNEUMOLOGIE DE QUEBEC	278	552	69	105	10	13	7	14	13	15	0	92	0	1 168	5,6
INSTITUT UNIVERSITAIRE EN SANTE MENTALE DE QUEBEC	649	498	6	8	2	18	6	2	10	99	0	511	0	1 809	8,7
JARDINS DU HAUT SAINT-LAURENT (1992) INC.	165	186	3	1	0	5	7	0	25	23	0	134	0	549	2,6
LA CORPORATION NOTRE-DAME DE BON-SECOURS	7	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	17	0,1
LA MAISON MICHEL SARRAZIN	26	31	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	57	0,3
MADAME FRANCOISE LEGAULT ET MADAME SUZANNE LEGAULT	20	2	0	0	0	2	0	0	1	1	0	5	0	31	0,1
SOUS-TOTAL : CH-CSSS-CHSLD	6 809	6 760	200	520	47	389	65	41	247	485	11	2 938	0	18 512	89,1
CENTRE JEUNESSE DE QUEBEC	20	160	0	0	0	0	0	0	0	6	0	88	0	274	1,3
SOUS-TOTAL : CJ	20	160	0	0	0	0	0	0	0	6	0	88	0	274	1,3
CR EN DEFICIENCE INTELLECTUELLE DE QUEBEC	267	245	0	0	1	0	0	0	0	125	0	759	0	1 397	6,7
CSSS DE CHARLEVOIX	79	24	0	0	0	0	0	0	0	30	0	99	0	232	1,1
SOUS-TOTAL : CRDI	346	269	0	0	1	0	0	0	0	155	0	858	0	1 629	7,8
INST. DE READAPTATION EN DEFICIENCE PHYSIQUE DE QUEBEC*	59	58	0	0	0	0	0	0	0	0	0	18	179	314	1,5
SOUS-TOTAL : CRDP	59	58	0	0	0	0	0	0	0	0	0	18	179	314	1,5
CENTRE DE READAPTATION UBALD-VILLENEUVE	8	9	0	0	0	2	1	0	0	1	0	17	0	38	0,2
SOUS-TOTAL : CRPAT	8	9	0	0	0	2	1	0	0	1	0	17	0	38	0,2
TOTAL	7 242	7 256	200	520	48	391	66	41	247	647	11	3 919	179	20 767	100,0

*Établissement dont les données sont incomplètes (pour le mois de septembre, le nombre de déclarations est inférieur à 50 % du volume mensuel moyen de déclarations de l'établissement).

Mauricie et Centre-du-Québec

Tableau 17 : Données démographiques de la région de la Mauricie et Centre-du-Québec

RÉGION	POPULATION DE LA RÉGION AU 1 ^{ER} JUILLET 2010	PROPORTION DE LA POPULATION TOTALE	NB ÉTABLISSEMENTS	
	04 MAURICIE ET CENTRE-DU- QUÉBEC	6,28%	14	
	TOTAL	7 879 386	100%	268

Figure 13 : Mauricie et Centre-du-Québec, événements déclarés par mission d'établissement

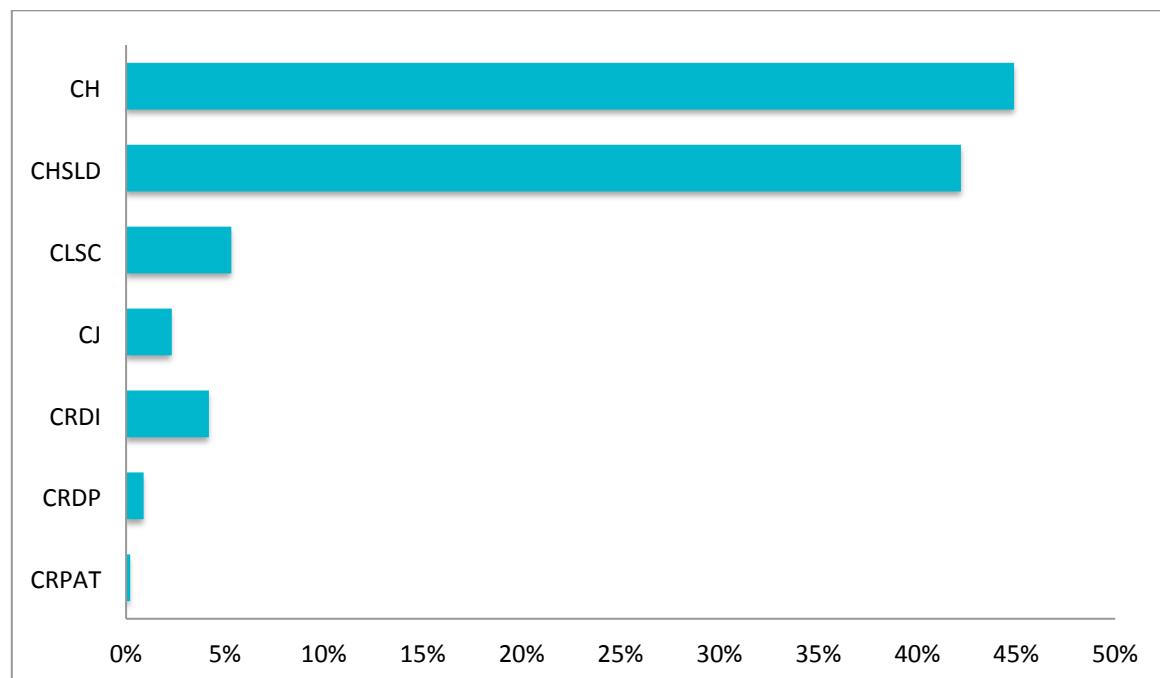


Figure 14 : Mauricie et Centre-du-Québec, types d'événements déclarés

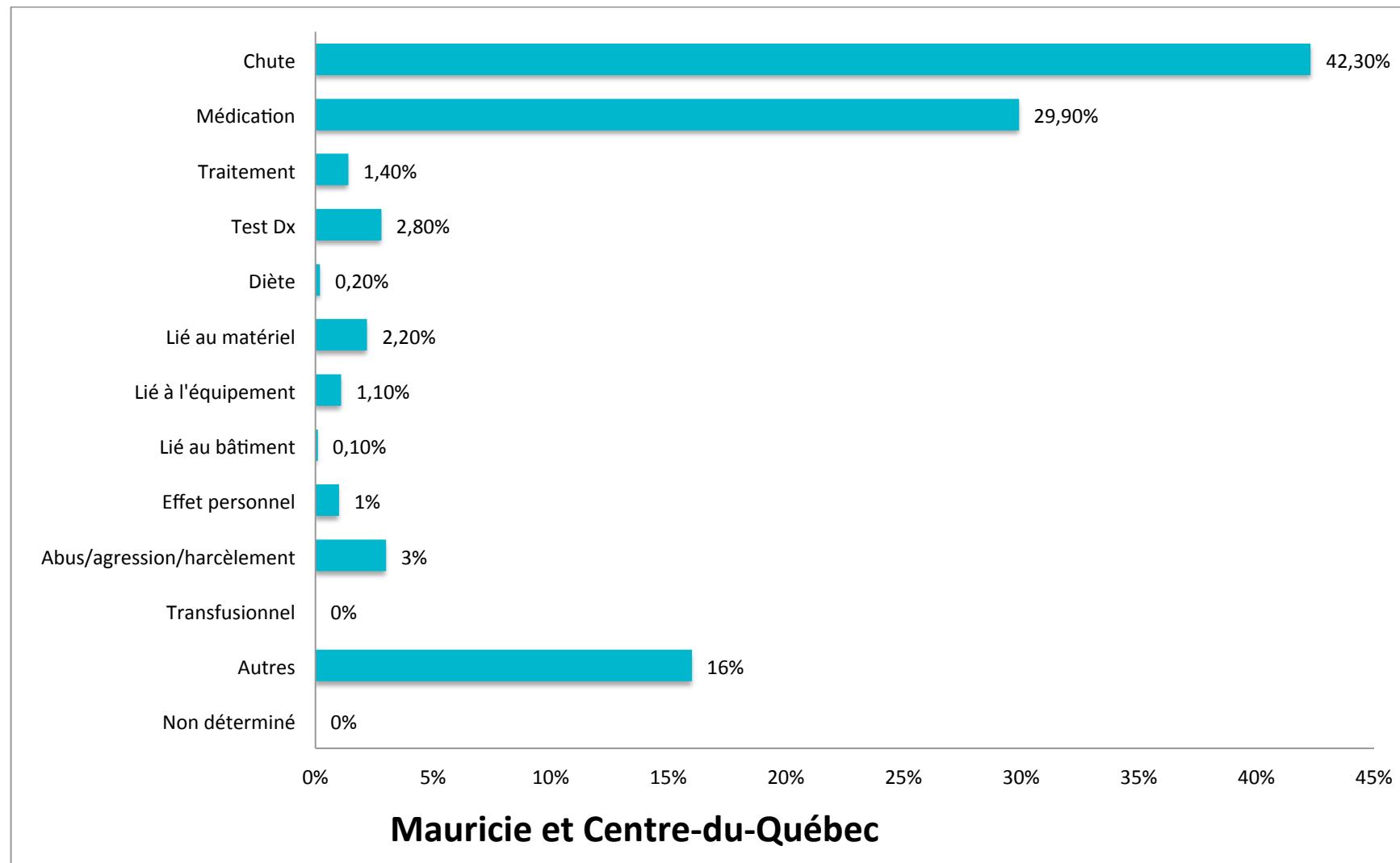


Tableau 18 : Mauricie et Centre-du-Québec, types d'événements déclarés par mission d'établissement et par établissement

		CHUTE	MÉDICATION	TRAITEMENT	TEST Dx	DIÈTE	LIÉ AU MATERIEL	LIÉ À L'ÉQUIPEMENT	LIÉ AU BÂTIMENT	EFFET PERSONNEL	ABUS / AGGRESSION / HARCÈLEMENT	TRANSFUSIONNEL	AUTRES	NON DÉTERMINÉ	TOTAL	
ÉTABLISSEMENT		NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	%	
CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE TROIS-RIVIERES		431	517	45	45	3	19	9	2	10	5	0	101	0	1 187	11,3
CSSS D'ARTHABASKA-ET-DE-L'ERABLE*		887	891	40	91	1	124	45	1	56	49	0	571	0	2 756	26,3
CSSS DE BECANCOUR - NICOLET-YAMASKA*		458	199	1	1	1	1	1	1	6	19	0	63	0	751	7,2
CSSS DE L'ENERGIE		1 110	477	37	58	3	34	18	1	9	90	3	279	0	2 119	20,2
CSSS DE LA VALLEE-DE-LA-BATISCAN		186	199	5	13	0	12	20	2	5	6	0	157	0	605	5,8
CSSS DE MASKINONGE*		61	17	0	2	0	0	1	0	0	3	0	9	0	93	0,9
CSSS DE TROIS-RIVIERES*		292	103	4	27	0	0	0	0	3	9	0	53	0	491	4,7
CSSS DRUMMOND*		609	508	14	46	7	37	11	0	16	44	0	86	0	1 378	13,1
CSSS DU HAUT-SAINT-MAURICE		146	81	4	6	2	0	7	2	2	21	1	18	0	290	2,8
FOYER SAINTS-ANGES DE HAM-NORD INC.*		16	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	24	0,2
SOUS-TOTAL : CH-CSSS-CHSLD		4 196	3 000	150	289	17	227	112	9	107	246	4	1 337	0	9 694	92,4
LE CJ DE LA MAURICIE ET CENTRE-DU-QUEBEC		19	54	0	0	0	2	0	0	0	21	0	141	0	237	2,3
SOUS-TOTAL : CJ		19	54	0	0	0	2	0	0	0	21	0	141	0	237	2,3
CRDI DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUEBEC		174	43	0	0	0	4	0	0	0	44	0	175	0	440	4,2
SOUS-TOTAL : CRDI		174	43	0	0	0	4	0	0	0	44	0	175	0	440	4,2
CENTRE DE READAPTATION INTERVAL		42	33	0	0	0	0	0	0	0	2	0	14	1	92	0,9
SOUS-TOTAL : CRDP		42	33	0	0	0	0	0	0	0	2	0	14	1	92	0,9
DOMREMY MAURICIE/CENTRE-DU-QUEBEC		3	4	1	0	0	2	2	0	0	0	0	11	0	23	0,2
SOUS-TOTAL : CRPAT		3	4	1	0	0	2	2	0	0	0	0	11	0	23	0,2
TOTAL		4 434	3 134	151	289	17	235	114	9	107	313	4	1 678	1	10 486	100,0

*Établissement dont les données sont incomplètes (pour le mois de septembre, le nombre de déclarations est inférieur à 50 % du volume mensuel moyen de déclarations de l'établissement).

Estrie

Tableau 19 : Données démographiques de la région de l'Estrie

RÉGION	POPULATION DE LA RÉGION AU 1 ^{ER} JUILLET 2010	PROPORTION DE LA POPULATION TOTALE	NB ÉTABLISSEMENTS
05 ESTRIE	309 975	3,93%	14
TOTAL	7 879 386	100%	268

Figure 15 : Estrie, événements déclarés par mission d'établissement

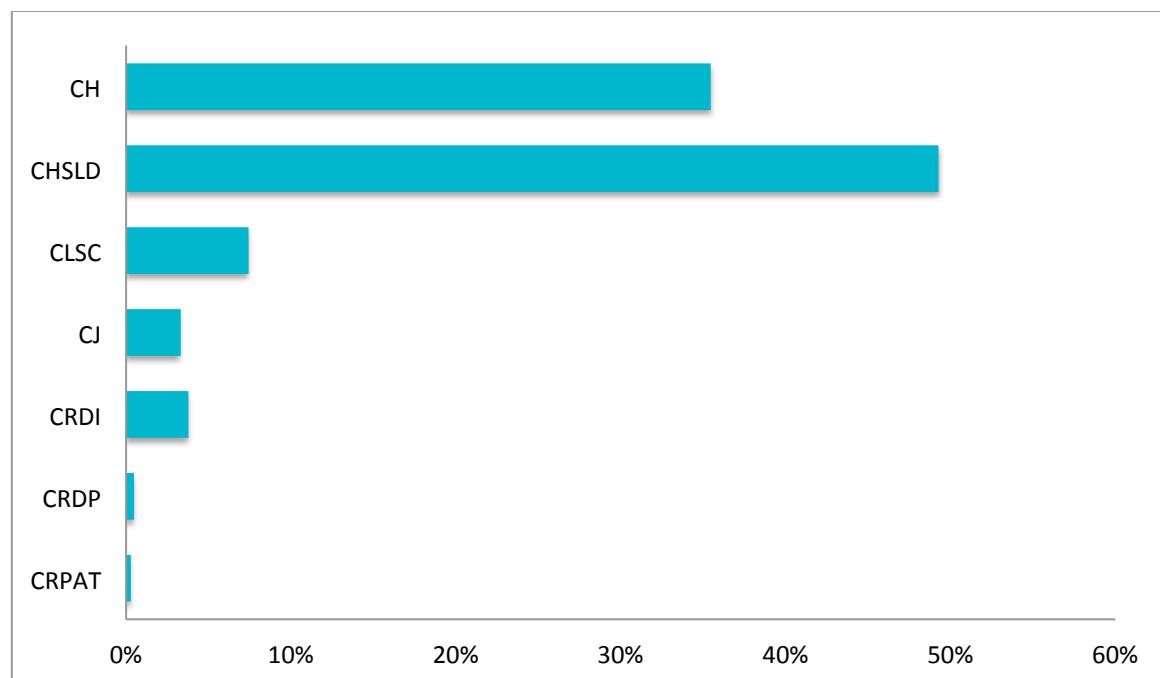


Figure 16 : Estrie, types d'événements déclarés

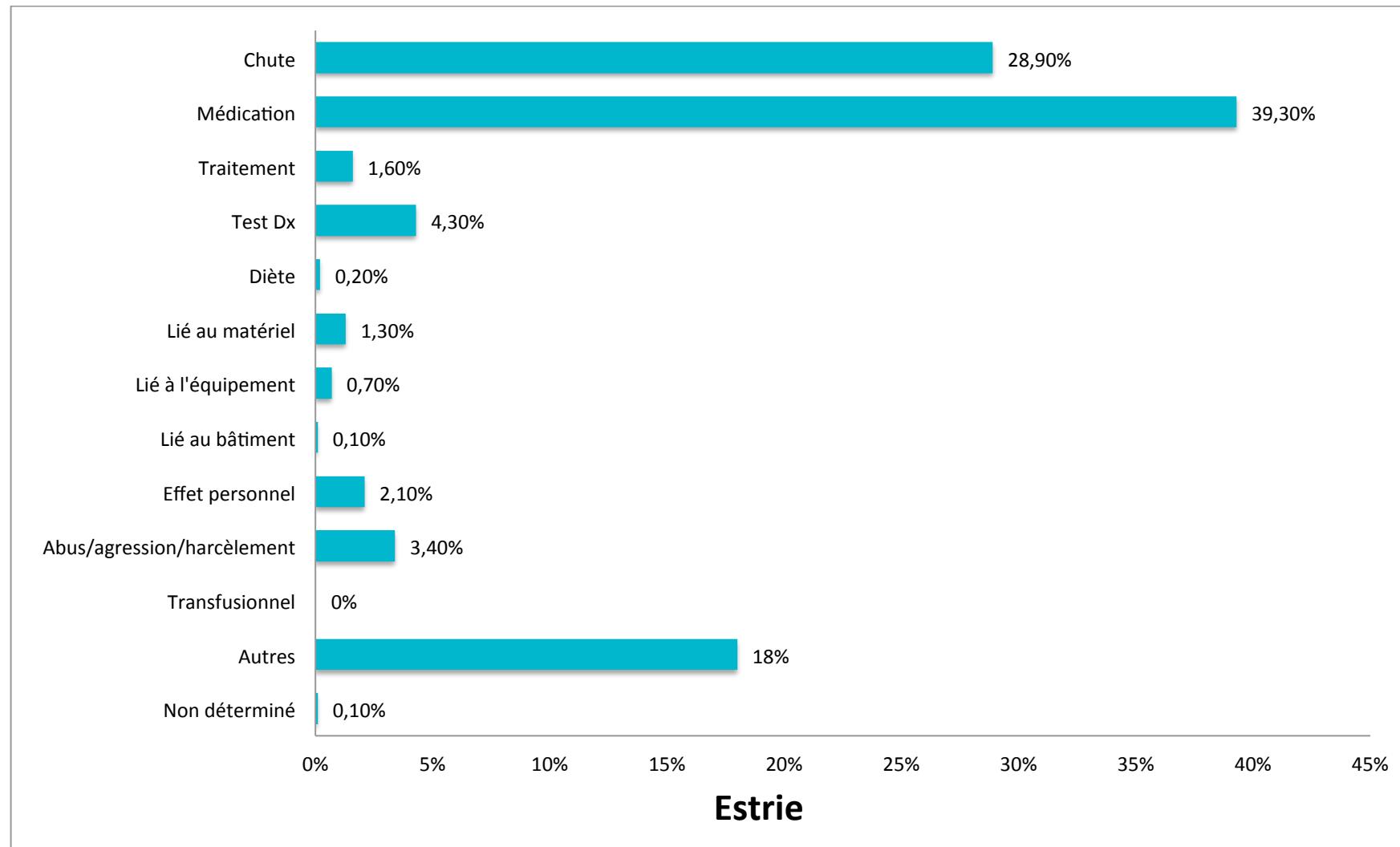


Tableau 20 : Estrie, types d'événements déclarés par mission d'établissement et par établissement

05 – Estrie	CHUTE	MÉDICATION	TRAITEMENT	TEST Dx	DIÈTE	LIÉ AU MATERIEL	LIÉ À L'ÉQUIPEMENT	LIÉ AU BÂTIMENT	EFFET PERSONNEL	ABUS / AGGRESSION /HARCÈLEMENT	TRANSFUSIONNEL	AUTRES	NON DÉTERMINÉ	TOTAL	
	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	%	
ÉTABLISSEMENT															
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE SHERBROOKE	692	1 341	106	301	16	69	17	0	31	6	1	408	0	2 988	28,9
CSSS DE LA MRC-DE-COATICOOK	190	72	3	0	0	2	1	0	2	3	0	4	0	277	2,7
CSSS DE MEMPHREMAGOG*	115	139	4	32	0	8	2	0	15	9	0	71	0	395	3,8
CSSS DES SOURCES	168	127	1	25	1	5	4	1	10	8	1	36	0	387	3,7
CSSS DU GRANIT	125	187	11	58	0	10	6	0	0	0	0	19	0	416	4,0
CSSS DU HAUT-SAINT-FRANCOIS	91	84	4	2	0	25	36	5	16	19	0	290	0	572	5,5
CSSS DU VAL-SAINT-FRANCOIS	143	80	1	26	0	4	0	0	5	7	1	52	0	319	3,1
CSSS- INSTITUT UNIVERSITAIRE DE GERIATRIE DE SHERBROOKE	1 201	1 469	37	4	4	5	5	2	140	187	0	636	0	3 680	35,6
FOYER WALES	159	131	2	0	0	3	2	2	2	13	0	195	0	509	4,9
SOUS-TOTAL : CH-CSSS-CHSLD	2 884	3 630	169	448	21	131	73	10	221	252	3	1 701	0	9 543	92,2
CENTRE JEUNESSE DE L'ESTRIE*	3	281	0	0	0	1	0	0	0	1	0	33	0	319	3,1
VILLA MARIE-CLAIREE INC*.	7	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	9	0	18	0,2
SOUS-TOTAL : CJ	10	281	0	0	0	2	0	0	0	2	0	42	0	337	3,3
CENTRE NOTRE-DAME DE L'ENFANT (SHERBROOKE) INC.	73	118	0	0	1	0	0	0	0	90	0	111	0	393	3,8
SOUS-TOTAL : CRDI	73	118	0	0	1	0	0	0	0	90	0	111	0	393	3,8
CENTRE DE READAPTATION ESTRIE INC*.	17	26	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	50	0,5
SOUS-TOTAL : CRDP	17	26	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	50	0,5
LE CENTRE JEAN-PATRICE-CHIASSON/MAISON SAINT-GEORGES	3	14	0	0	1	1	0	0	0	4	0	4	0	27	0,3
SOUS-TOTAL : CRPAT	3	14	0	0	1	1	0	0	0	4	0	4	0	27	0,3
TOTAL	2 987	4 069	169	448	23	134	73	10	221	348	3	1 858	7	10 350	100,0

*Établissement dont les données sont incomplètes (pour le mois de septembre, le nombre de déclarations est inférieur à 50 % du volume mensuel moyen de déclarations de l'établissement).

Montréal

Tableau 21 : Données démographiques de la région de Montréal

RÉGION	POPULATION DE LA RÉGION AU 1 ^{ER} JUILLET 2010	PROPORTION DE LA POPULATION TOTALE	NB ÉTABLISSEMENTS
06 MONTRÉAL	1 934 082	24,55%	87
TOTAL	7 879 386	100%	268

Figure 17 : Montréal, événements déclarés par mission d'établissement

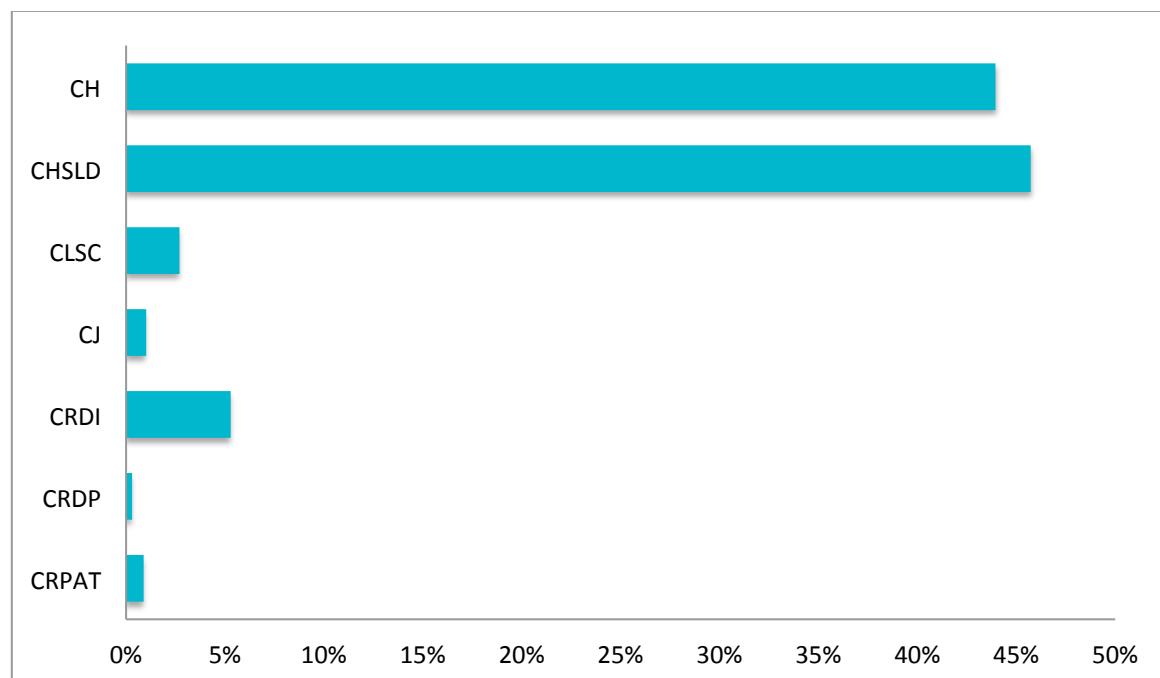


Figure 18 : Montréal, types d'événements déclarés

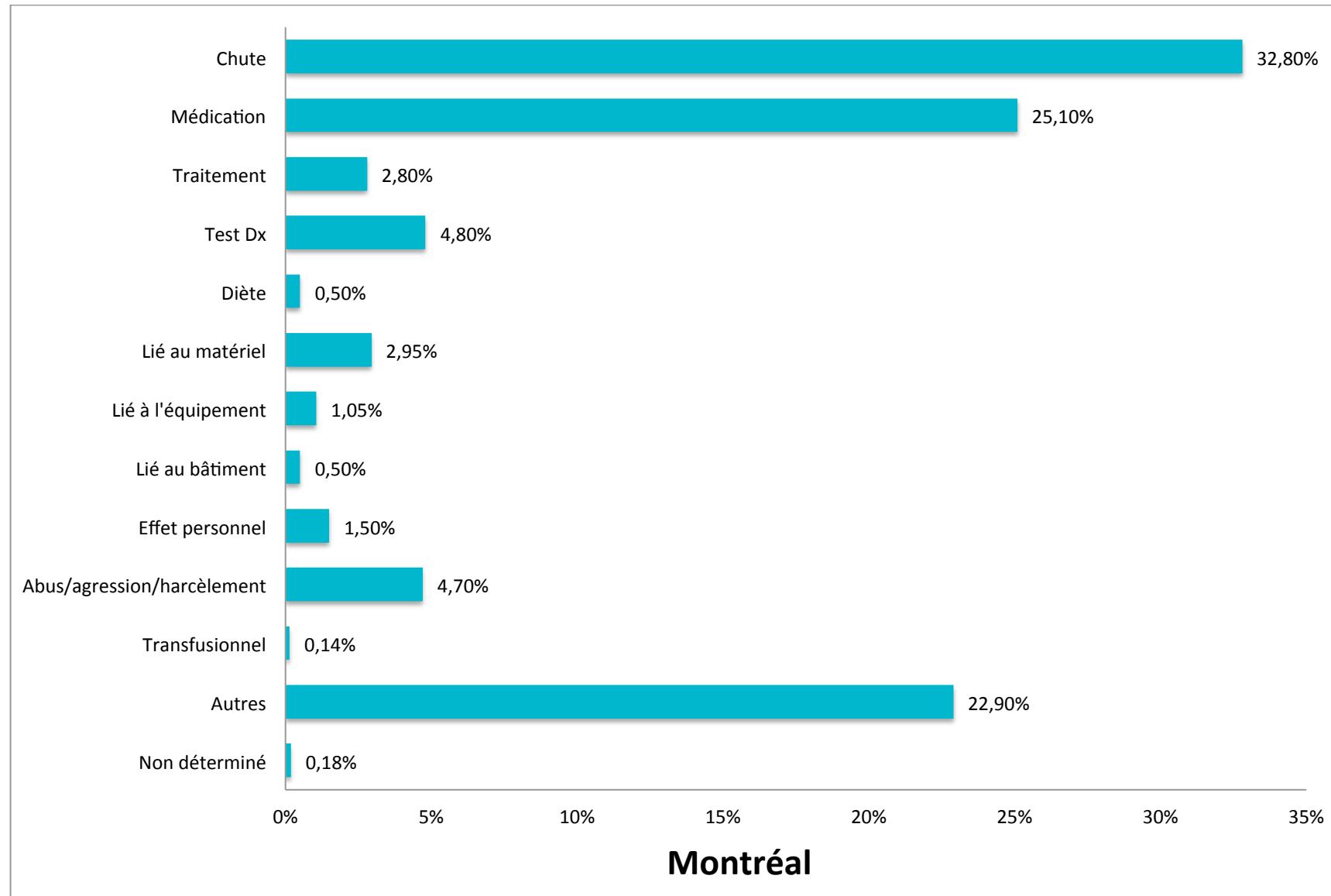


Tableau 22 : Montréal, types d'événements déclarés par mission d'établissement et par établissement

ÉTABLISSEMENT	CHUTE	MÉDICATION	TRAITEMENT	TEST Dx	DIÈTE	LIÉ AU MATERIEL	LIÉ À L'ÉQUIPEMENT	LIÉ AU BÂTIMENT	EFFET PERSONNEL	ABUS / AGGRESSION /HARCÈLEMENT	TRANSFUSIONNEL	AUTRES	NON DÉTERMINÉ	TOTAL	
	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	%	
88980 CANADA INC. (MANOIR BACONSFIELD)	11	6	0	0	0	0	0	0	0	1	0	19	0	37	0,1
ANCIENS COMBATTANTS CANADA (HOPITAL SAINTE-ANNE)	390	191	7	5	4	5	5	0	6	28	0	209	0	850	1,6
C.H.S.L.D. BAYVIEW INC.	90	84	0	1	6	1	2	1	17	1	0	69	0	272	0,5
C.H.S.L.D. JEAN XXXIII INC.	12	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16	0,0
CENTRE D'ACCUEIL HERITAGE INC.	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	3	0,0
CENTRE D'HEBERGEMENT CHARTWELL INC.*	60	42	0	0	0	0	0	0	0	0	0	23	0	125	0,2
CENTRE D'HEBERGEMENT DE LA MAREE INC.*	38	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	15	0	56	0,1
CENTRE D'HEBERGEMENT SAINT-VINCENT-MARIE INC.*	15	14	1	0	0	0	0	0	0	1	0	12	0	43	0,1
CENTRE D'HEBERGEMENT VINCENZO-NAVARRO INC.*	127	48	12	0	0	2	0	0	6	14	0	46	0	255	0,5
CENTRE D'HEBERGEMENT WALDORF INC.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CENTRE DE SOINS PROLONGES GRACE DART	235	135	4	9	5	1	8	1	15	35	0	195	0	643	1,2
CENTRE HOSPITALIER DE L'UNIVERSITE DE MONTREAL	715	888	284	104	27	467	28	11	19	18	3	138	0	2 702	4,9
CENTRE HOSPITALIER DE ST. MARY	230	267	21	57	6	59	66	54	24	115	0	170	0	1 069	2,0
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE SAINTE-JUSTINE	46	700	388	159	50	199	76	7	0	6	12	242	0	1 885	3,4
CENTRE LE CARDINAL INC.*	25	4	0	0	0	0	0	1	1	6	0	15	0	52	0,1
CENTRE METROPOLITAIN DE CHIRURGIE PLASTIQUE INC.*	1	4	2	0	0	8	0	0	0	0	0	14	0	29	0,1
CENTRE UNIVERSITAIRE DE SANTE MCGILL*	225	454	47	139	15	84	55	8	46	38	3	227	0	1 341	2,4
CHATEAU WEMOUNT INC.	70	20	1	0	0	2	0	0	1	2	0	21	0	117	0,2
CHSLD BOURGET INC.*	24	9	0	2	0	2	0	0	0	8	0	34	0	79	0,1
CHSLD BUSSEY (QUEBEC) INC.	9	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	21	0,0
CHSLD DE ST-ANDREW-DE-FATHER-DOWD-ET-DE-ST-MARGARET ²⁷	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CHSLD DES FLORALIES-DE-LACHINE INC.*	15	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	0	22	0,0

²⁷ Cet établissement est fermé. Le changement de statut de l'établissement sera effectif lors de la parution du prochain rapport semestriel.

ÉTABLISSEMENT	CHUTE	MÉDICATION	TRAITEMENT	TEST Dx	DIÈTE	LIÉ AU MATERIEL	LIÉ À L'ÉQUIPEMENT	LIÉ AU BÂTIMENT	EFFET PERSONNEL	ABUS / AGGRESSION /HARCÈLEMENT	TRANSFUSIONNEL	AUTRES	NON DÉTERMINÉ	TOTAL	
	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	%
CHSLD DES FLORALIES-DE-LASALLE INC.	44	6	0	0	0	0	0	0	0	3	0	7	0	60	0,1
CHSLD DES FLORALIES-DE-VERDUN INC.	15	19	0	0	0	1	1	0	0	1	0	2	0	39	0,1
CHSLD DU CHATEAU-SUR-LE-LAC-DE-SAINTE-GENEVIEVE INC.	12	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	13	0,0
CHSLD DU MANOIR-DE-L'OUEST-DE-L'ILE, S.E.C.	44	5	0	0	0	0	2	0	1	4	0	9	0	65	0,1
CHSLD JUIF DE MONTREAL	252	78	9	7	1	2	15	3	32	41	0	225	0	665	1,2
CHSLD PROVIDENCE NOTRE-DAME DE LOURDES INC.	173	54	0	3	8	7	3	0	16	4	0	62	0	330	0,6
CLINIQUE COMMUNAUTAIRE DE POINTE ST-CHARLES*	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	5	0,0
CSSS CAVENDISH	565	177	18	8	6	17	26	2	22	11	0	218	0	1 070	2,0
CSSS D'AHUNTSIC ET MONTREAL-NORD*	469	353	12	35	3	8	3	0	14	43	0	330	0	1 270	2,3
CSSS DE BORDEAUX-CARTIERSVILLE-SAINT-LAURENT	770	491	13	1	0	37	0	0	7	30	0	413	0	1 762	3,2
CSSS DE DORVAL-LACHINE-LASALLE	898	479	21	57	6	14	12	40	12	92	0	213	0	1 844	3,4
CSSS DE L'OUEST-DE-L'ILE*	141	142	13	34	4	11	16	4	2	4	0	321	0	692	1,3
CSSS DE LA MONTAGNE	2	2	0	0	0	0	0	0	0	2	0	25	0	31	0,1
CSSS DE LA POINTE-DE-L'ILE*	130	108	4	51	0	8	3	1	7	6	0	87	0	405	0,7
CSSS DE SAINT-LEONARD ET SAINT-MICHEL	377	236	12	2	2	12	9	5	38	24	0	312	0	1 029	1,9
CSSS DU COEUR-DE-L'ILE*	364	267	6	60	0	19	7	1	23	26	1	166	0	940	1,7
CSSS DU SUD-OUEST-VERDUN*	1 320	605	21	21	3	51	9	9	31	59	6	565	0	2 700	4,9
CSSS JEANNE-MANCE	1 240	536	15	3	17	49	3	3	23	293	1	658	0	2 841	5,2
CSSS LUCILLE-TEASDALE	524	305	9	25	0	21	3	6	10	27	0	243	0	1 173	2,1
GROUPE CHAMPLAIN INC.*	1 201	649	3	3	20	89	0	1	38	83	1	645	0	2 733	5,0

ÉTABLISSEMENT	CHUTE	MÉDICATION	TRAITEMENT	TEST Dx	DIÈTE	LIÉ AU MATERIEL	LIÉ À L'ÉQUIPEMENT	LIÉ AU BÂTIMENT	EFFET PERSONNEL	ABUS / AGGRESSION /HARCÈLEMENT	TRANSFUSIONNEL	AUTRES	NON DÉTERMINÉ	TOTAL	
	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	%
GROUPE ROY SANTE INC.	422	149	3	4	2	1	1	0	24	14	0	230	0	850	1,6
HOP. MARIE-CLARAC DES SOEURS DE CHARITE DE STE-MARIE	145	271	1	2	4	3	3	0	19	0	0	51	0	499	0,9
HOPITAL CATHERINE BOOTH DE L'ARMEE DU SALUT	97	74	4	5	0	1	1	0	2	1	0	6	0	191	0,3
HOPITAL DOUGLAS ²⁸	230	222	6	0	0	12	7	17	8	277	0	426	0	1 205	2,2
HOPITAL DU SACRE-COEUR DE MONTREAL	458	875	144	79	5	102	27	26	20	34	1	519	0	2 290	4,2
HOPITAL LOUIS-H. LAFONTAINE*	310	244	7	48	0	9	0	3	1	39	0	253	0	914	1,7
HOPITAL MAISONNEUVE-ROSEMONT*	238	394	37	927	7	24	7	4	32	3	2	222	0	1 897	3,5
HOPITAL MONT-SINAI	58	100	6	1	2	1	1	0	4	1	0	28	0	202	0,4
HOPITAL RIVIERE-DES-PRAIRIES*	20	13	0	8	0	4	1	0	0	80	0	71	0	197	0,4
HOPITAL SANTA CABRINI	457	304	119	24	1	40	13	3	27	15	5	132	0	1 140	2,1
HOPITAL SHRINERS POUR ENFANTS (QUEBEC) INC.	4	10	1	20	0	4	3	1	0	0	0	29	0	72	0,1
INST. DE READAPTATION GINGRAS-LINDSAY-DE-MONTREAL	199	208	6	2	4	11	8	5	10	9	0	47	0	509	0,9
INSTITUT CANADIEN-POLONAIS DU BIEN-ETRE INC.*	66	18	0	0	0	1	2	0	0	0	0	52	0	139	0,3
INSTITUT DE CARDIOLOGIE DE MONTREAL	46	241	114	402	1	21	33	17	7	18	6	69	0	975	1,8
INSTITUT PHILIPPE-PINEL DE MONTREAL	40	74	0	5	0	2	1	2	1	19	0	116	0	260	0,5
INSTITUT UNIVERSITAIRE DE GERIATRIE DE MONTREAL	392	298	11	2	9	9	3	3	1	13	0	160	0	901	1,6
L'HOPITAL CHINOIS DE MONTREAL (1963)	66	25	3	0	0	0	1	1	0	3	0	49	0	148	0,3
L'HOPITAL GENERAL JUIF SIR MORTIMER B. DAVIS*	301	613	85	294	29	81	68	24	34	132	24	372	0	2 057	3,8
LA CORPORATION DU CENTRE HOSP. GERIATRIQUE MAIMONIDES	664	175	12	3	6	2	8	1	42	26	0	309	0	1 248	2,3
LA RESIDENCE FULFORD	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0,0
LES CEDRES-CENTRE D'ACCUEIL POUR PERSONNES AGEES	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

²⁸ L'établissement se nomme maintenant : Institut universitaire en santé mentale Douglas. Le changement de nom sera effectif lors de la parution du prochain rapport semestriel.

	CHUTE	MÉDICATION	TRAITEMENT	TEST Dx	DIÈTE	LIÉ AU MATERIEL	LIÉ À L'ÉQUIPEMENT	LIÉ AU BÂTIMENT	EFFET PERSONNEL	ABUS / AGGRESSION /HARCÈLEMENT	TRANSFUSIONNEL	AUTRES	NON DÉTERMINÉ	TOTAL	
ÉTABLISSEMENT	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	%
PETITES SOEURS DES PAUVRES ²⁹	156	47	0	0	0	0	2	0	0	1	0	26	0	232	0,4
RESIDENCE ANGELICA	221	138	16	1	1	7	7	0	45	20	0	155	0	611	1,1
RESIDENCE BERTHIAUME-DUTREMBLAY	284	147	2	7	0	0	1	0	5	17	0	170	0	633	1,2
RESIDENCE RIVE SOLEIL INC.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
RESIDENCE SAINTE-CLAIRE INC.	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	0,0
VIGI SANTE LTEE	1 434	853	39	8	23	53	24	1	23	72	9	1 185	0	3 824	7,0
VILLA BELLE RIVE INC.	22	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	23	0,0
VILLA MEDICA INC.	153	118	5	0	2	5	0	0	2	3	0	15	0	303	0,6
SOUS-TOTAL : CH-CSSS-CHSLD	17 375	13 005	1 544	2 628	279	1 570	574	266	820	1 823	74	10 659	0	50 617	92,4
HAVRE-JEUNESSE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	4	0	7	0,0
LE CENTRE JEUNESSE DE MONTREAL	68	206	0	0	0	5	0	0	0	11	0	176	0	466	0,9
LES CENTRES DE LA JEUNESSE ET DE LA FAMILLE															
BATSHAW	7	22	0	0	0	0	0	0	0	1	0	40	0	70	0,1
MAISON ELIZABETH	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	0	8	0,0
SOUS-TOTAL : CJ	75	230	0	0	0	5	0	0	0	15	0	226	0	551	1,0
ATELIER LE FIL D'ARIANE INC.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0,0
CENTRE DE READAPTATION DE L'OUEST DE MONTREAL	99	57	0	0	1	30	0	0	0	99	0	424	0	710	1,3
CENTRE MIRIAM	31	11	0	0	0	3	0	0	0	17	0	46	0	108	0,2
CR EN DEFICIENCE INTELLECTUELLE GABRIELLE-MAJOR	152	168	0	0	0	1	0	0	0	449	0	627	0	1 397	2,6
CRDITED DE MONTREAL ³⁰	72	33	0	0	0	0	0	0	0	29	0	54	0	188	0,3
SERVICES DE READAPTATION L'INTEGRALE	78	86	0	0	0	0	0	0	0	101	0	234	0	499	0,9
SOUS-TOTAL : CRDI	432	355	0	0	1	34	0	0	0	695	0	1 386	0	2 903	5,3

²⁹ L'établissement se nomme maintenant : Centre d'hébergement de la Maison St-Joseph. Le changement de nom sera effectif lors de la parution du prochain rapport semestriel.

³⁰ Anciennement Centre de réadaptation Lisette-Dupras.

06 – Montréal (SUITE)	CHUTE	MÉDICATION	TRAITEMENT	TEST Dx	DIÈTE	LIÉ AU MATERIEL	LIÉ À L'ÉQUIPEMENT	LIÉ AU BÂTIMENT	EFFET PERSONNEL	ABUS / AGRESSION /HARCÈLEMENT	TRANSFUSIONNEL	AUTRES	NON DÉTERMINÉ	TOTAL	
ÉTABLISSEMENT	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	%
CENTRE DE READAPTATION CONSTANCE-LETHBRIDGE	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14	1	20	0,0	
CENTRE DE READAPTATION MAB-MACKAY	8	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	18	28	0,1
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE SAINTE-JUSTINE	4	23	0	0	0	0	0	0	0	0	0	34	61	0,1	
INSTITUT RAYMOND-DEWAR*	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0,0	
LA CORPORATION DU CENTRE DE READAPTATION LUCIE-BRUNEAU*	26	3	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	46	79	0,1
SOUS-TOTAL : CRDP	43	27	0	0	0	0	0	0	0	3	0	17	99	189	0,3
CENTRE D'ACCUEIL LE PROGRAMME DE PORTAGE INC.*	40	151	0	0	2	5	1	4	0	28	0	206	2	439	0,8
LE CENTRE DOLLARD-CORMIER*	13	8	2	1	0	0	1	1	3	2	0	24	0	55	0,1
SOUS-TOTAL : CRPAT	53	159	2	1	2	5	2	5	3	30	0	230	2	494	0,9
TOTAL	17 978	13 776	1 546	2 629	282	1 614	576	271	823	2 566	74	12 518	101	54 754	100,0

*Établissement dont les données sont incomplètes (pour le mois de septembre, le nombre de déclarations est inférieur à 50 % du volume mensuel moyen de déclarations de l'établissement).

Outaouais

Tableau 23 : Données démographiques de la région de l'Outaouais

RÉGION	POPULATION DE LA RÉGION AU 1 ^{ER} JUILLET 2010	PROPORTION DE LA POPULATION TOTALE	NB ÉTABLISSEMENTS
07 OUTAOUAIS	363 638	4,62%	10
TOTAL	7 879 386	100%	268

Figure 19 : Outaouais, événements déclarés par mission d'établissement

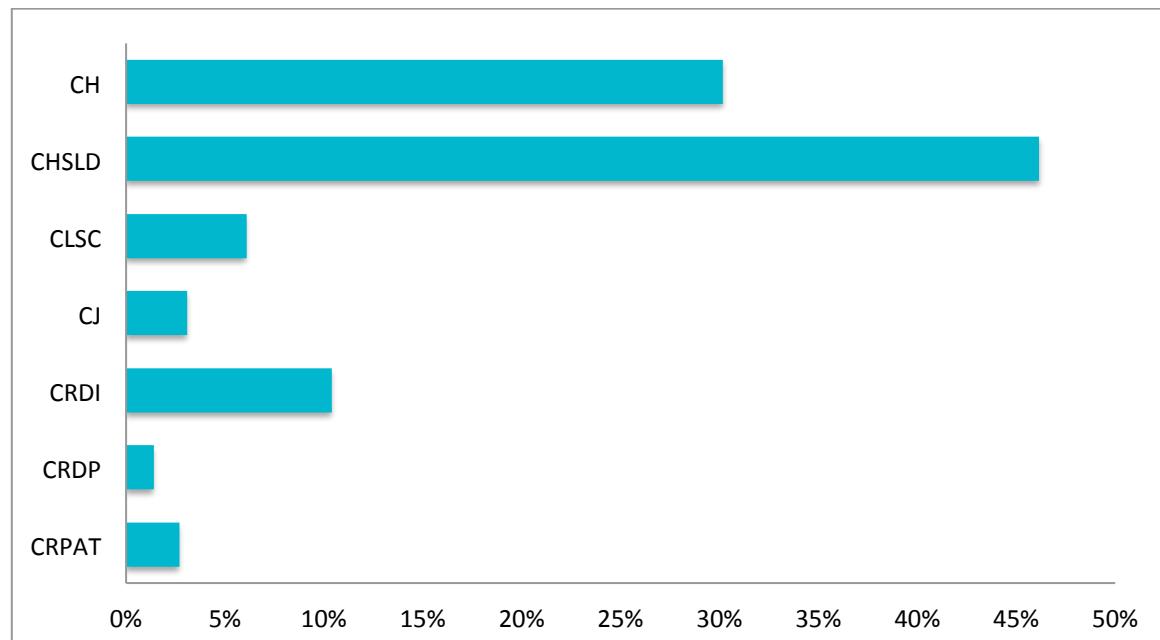


Figure 20 : Outaouais, types d'événements déclarés

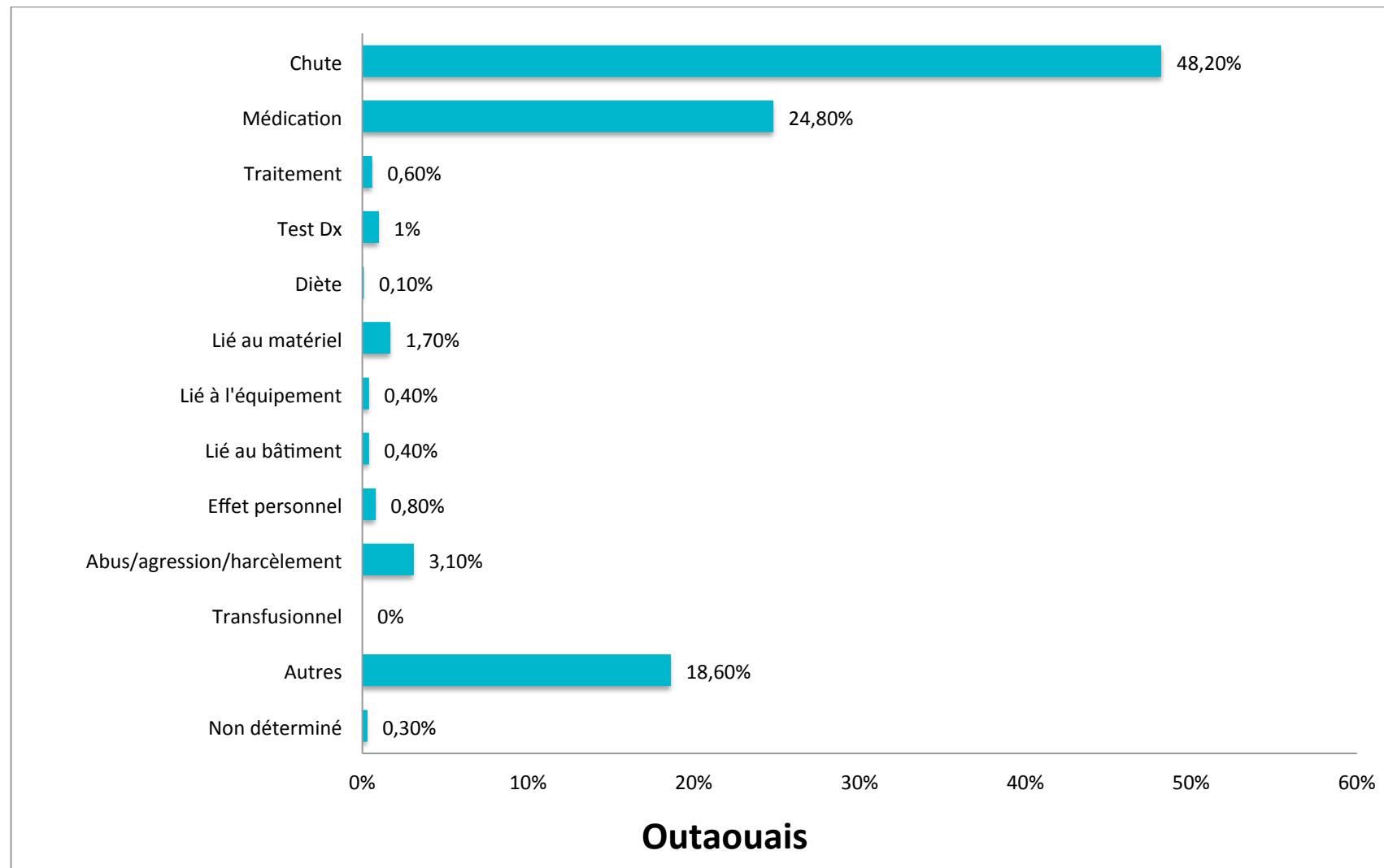


Tableau 24 : Outaouais, types d'événements déclarés par mission d'établissement et par établissement

07 – Outaouais	CHUTE	MÉDICATION	TRAITEMENT	TEST Dx	DIÈTE	LIÉ AU MATERIEL	LIÉ À L'ÉQUIPEMENT	LIÉ AU BÂTIMENT	EFFET PERSONNEL	ABUS / AGGRESSION /HARCÈLEMENT	TRANSFUSIONNEL	AUTRES	NON DÉTERMINÉ	TOTAL		
ÉTABLISSEMENT	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	%	
CSSS DE GATINEAU*	1 361	501	7	5	0	56	10	15	30	47	0	325	0	2 357	51,4	
CSSS DE LA VALLEE-DE-LA-GATINEAU*	78	126	0	5	2	7	1	0	2	6	0	50	0	277	6,0	
CSSS DE PAPINEAU	274	129	4	16	0	7	5	1	4	4	0	31	0	475	10,4	
CSSS DES COLLINES	144	123	12	10	1	3	2	0	0	4	0	36	0	335	7,3	
CSSS DU PONTIAC	199	70	5	8	2	0	0	0	0	1	0	10	0	295	6,4	
LA CORPORATION DU CENTRE HOSPITALIER PIERRE-JANET*	8	16	0	0	0	1	0	0	0	2	0	14	0	41	0,9	
SOUS-TOTAL : CH-CSSS-CHSLD	2 064	965	28	44	5	74	18	16	36	64	0	466	0	3 780	82,4	
LES CENTRES JEUNESSE DE L'OUTAOUAIS	15	16	0	0	0	4	0	0	0	26	0	82	0	143	3,1	
SOUS-TOTAL : CJ	15	16	0	0	0	4	0	0	0	26	0	82	0	143	3,1	
PAVILLON DU PARC	97	88	0	0	1	1	0	0	0	50	0	239	0	476	10,4	
SOUS-TOTAL : CRDI	97	88	0	0	1	1	0	0	0	50	0	239	0	476	10,4	
CENTRE REGIONAL DE READAPTATION LA RESSOURCE	29	20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	13	63	1,4
SOUS-TOTAL : CRDP	29	20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	13	63	1,4	
CENTRE JELLINEK	6	47	0	0	0	1	1	1	1	4	0	63	1	125	2,7	
SOUS-TOTAL : CRPAT	6	47	0	0	0	1	1	1	1	4	0	63	1	125	2,7	
TOTAL	2 211	1 136	28	44	6	80	19	17	37	144	0	851	14	4 587	100,0	

*Établissement dont les données sont incomplètes (pour le mois de septembre, le nombre de déclarations est inférieur à 50 % du volume mensuel moyen de déclarations de l'établissement).

Abitibi-Témiscamingue

Tableau 25 : Données démographiques de la région de l'Abitibi-Témiscamingue

RÉGION	POPULATION DE LA RÉGION AU 1 ^{ER} JUILLET 2010	PROPORTION DE LA POPULATION TOTALE	NB ÉTABLISSEMENTS
ABITIBI-TÉMISCAMINGUE 08	145 835	1,85%	10
TOTAL	7 879 386	100%	268

Figure 21 : Abitibi-Témiscamingue, événements déclarés par mission d'établissement

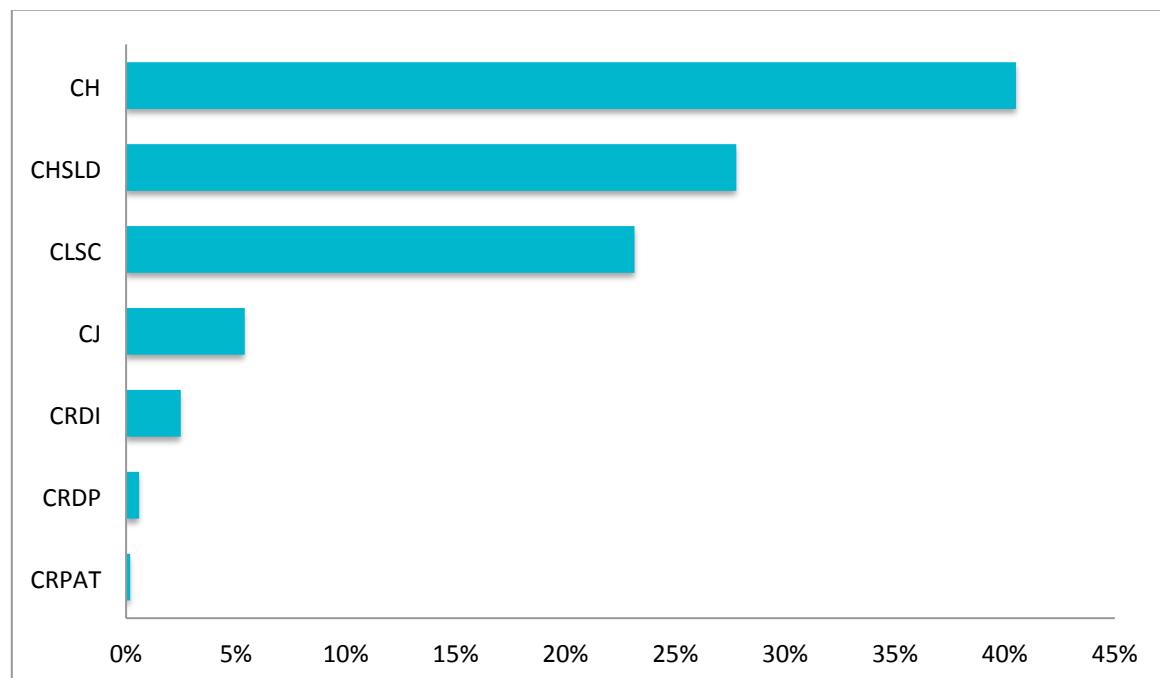


Figure 22 : Abitibi-Témiscamingue, types d'événements déclarés

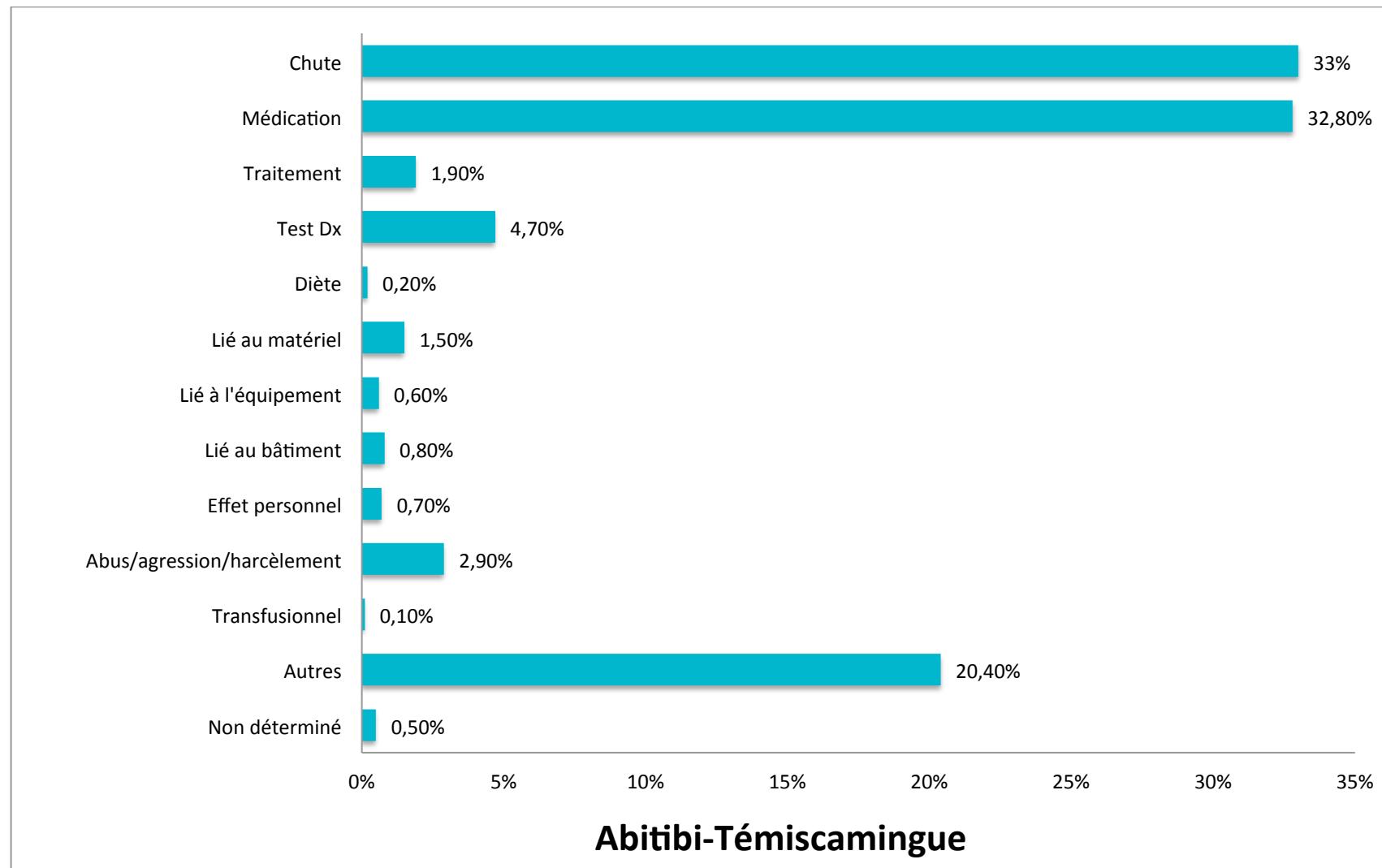


Tableau 26 : Abitibi-Témiscamingue, types d'événements déclarés par mission d'établissement et par établissement

ÉTABLISSEMENT	CHUTE	MÉDICATION	TRAITEMENT	TEST Dx	DIÈTE	LIÉ AU MATERIEL	LIÉ À L'ÉQUIPEMENT	LIÉ AU BÂTIMENT	EFFET PERSONNEL	ABUS / AGGRESSION /HARCÈLEMENT	TRANSFUSIONNEL	AUTRES	NON DÉTERMINÉ	TOTAL	
	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	%
CSSS DE LA VALLEE-DE-L'OR	329	326	30	37	0	14	6	0	4	10	5	170	0	931	20,3
CSSS DE ROUYN-NORANDA	576	659	40	133	7	24	15	33	26	43	1	456	0	2 013	43,8
CSSS DE TEMISCAMING-ET-DE-KIPAWA	32	5	0	0	0	4	0	0	0	2	0	8	0	51	1,1
CSSS DES AURORES-BOREALES	153	93	6	19	0	4	2	1	1	4	0	56	0	339	7,4
CSSS DU LAC-TEMISCAMINGUE*	166	91	7	4	0	6	2	1	0	2	0	21	0	300	6,5
CSSS LES ESKERS DE L'ABITIBI*	206	217	4	22	3	13	2	0	3	42	0	53	0	565	12,3
SOUS-TOTAL: CH-CSSS-CHSLD	1 462	1 391	87	215	10	65	27	35	34	103	6	764	0	4 199	91,4
CJ DE L'ABITIBI-TEMISCAMINGUE (C.J.A.T.)	14	83	0	0	0	2	0	0	0	6	0	142	0	247	5,4
SOUS-TOTAL: CJ	14	83	0	0	0	2	0	0	0	6	0	142	0	247	5,4
CENTRE DE READAPTATION LA MAISON*	5	18	0	0	0	0	0	0	0	22	0	10	0	55	1,2
CLAIR FOYER INC.	28	9	0	0	0	1	0	0	0	0	0	21	0	59	1,3
SOUS-TOTAL: CRDI	33	27	0	0	0	1	0	0	0	22	0	31	0	114	2,5
CENTRE DE READAPTATION LA MAISON*	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	21	0,6
SOUS-TOTAL: CRDP	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	21	28	0,6
CENTRE NORMAND*	2	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	0,2
SOUS-TOTAL: CRPAT	2	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	0,2
TOTAL	1 518	1 507	87	215	10	68	27	35	34	131	6	937	21	4 596	100,0

*Établissement dont les données sont incomplètes (pour le mois de septembre, le nombre de déclarations est inférieur à 50 % du volume mensuel moyen de déclarations de l'établissement).

Côte-Nord

Tableau 27 : Données démographiques de la région de la Côte-Nord

RÉGION	POPULATION DE LA RÉGION AU 1 ^{ER} JUILLET 2010	PROPORTION DE LA POPULATION TOTALE	NB ÉTABLISSEMENTS
09 CÔTE-NORD	95 538	1,21%	8
TOTAL	7 879 386	100%	268

Figure 23 : Côte-Nord, événements déclarés par mission d'établissement

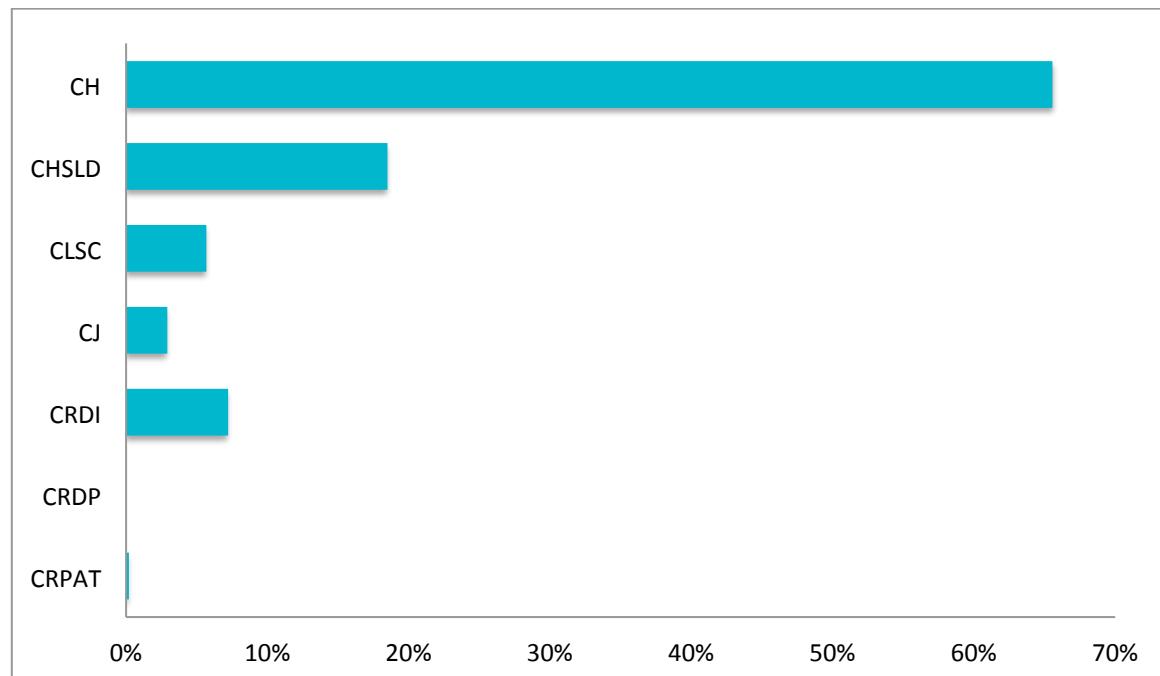


Figure 24 : Côte-Nord, types d'événements déclarés

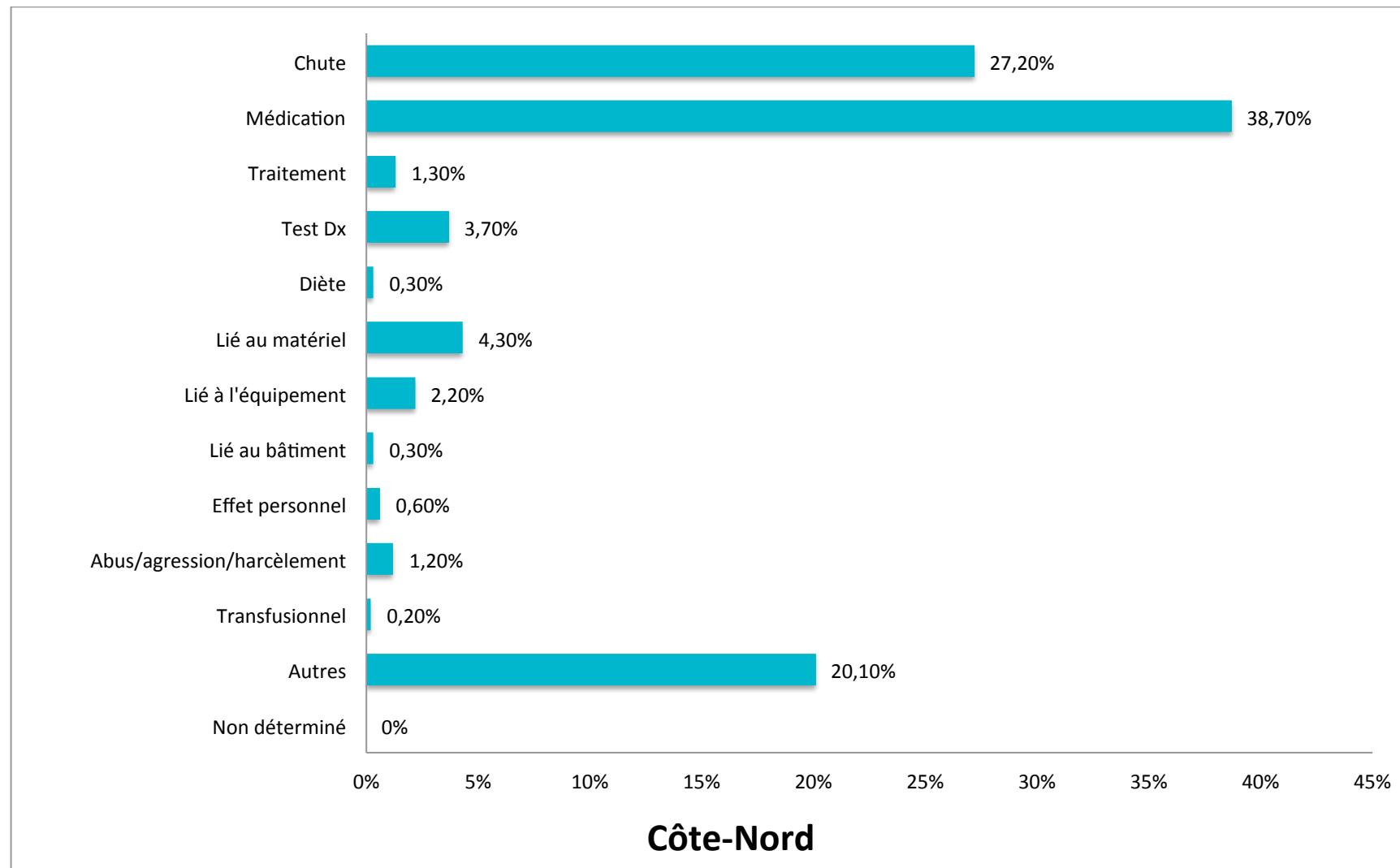


Tableau 28 : Côte-Nord, types d'événements déclarés par mission d'établissement et par établissement

ÉTABLISSEMENT	CHUTE	MÉDICATION	TRAITEMENT	TEST Dx	DIÈTE	LIÉ AU MATERIEL	LIÉ À L'ÉQUIPEMENT	LIÉ AU BÂTIMENT	EFFET PERSONNEL	ABUS / AGGRESSION /HARCÈLEMENT	TRANSFUSIONNEL	AUTRES	NON DÉTERMINÉ	TOTAL
	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	%
CLSC NASKAPI	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CSSS DE L'HEMATITE*	0	8	0	1	0	1	0	0	0	0	0	13	0	23
CSSS DE LA BASSE-COTE-NORD	55	39	1	8	0	9	27	1	1	9	3	28	0	181
CSSS DE LA HAUTE-COTE-NORD	119	18	3	0	0	2	0	0	1	0	0	4	0	147
CSSS DE LA MINGANIE	51	115	0	2	0	4	3	0	0	5	0	142	0	322
CSSS DE MANICOUAGAN*	165	329	6	25	7	76	4	1	4	5	0	65	0	687
CSSS DE PORT-CARTIER*	59	42	5	0	0	1	1	0	2	1	0	44	0	155
CSSS DE SEPT-ILES	230	407	20	62	2	18	24	6	9	7	1	82	0	868
SOUS-TOTAL: CH-CSSS-CHSLD	679	958	35	98	9	111	59	8	17	27	4	378	0	2 383
CENTRE DE PROTECTION ET DE READAPTATION DE LA COTE-NORD*	10	11	0	0	0	2	0	0	0	2	0	52	0	77
SOUS-TOTAL: CJ	10	11	0	0	0	2	0	0	0	2	0	52	0	77
CENTRE DE PROTECTION ET DE READAPTATION DE LA COTE-NORD*	30	56	0	0	0	0	0	0	0	2	0	104	0	192
SOUS-TOTAL: CRDI	30	56	0	0	0	0	0	0	0	2	0	104	0	192
CENTRE DE PROTECTION ET DE READAPTATION DE LA COTE-NORD*	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
SOUS-TOTAL: CRDP	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
CENTRE DE PROTECTION ET DE READAPTATION DE LA COTE-NORD*	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
SOUS-TOTAL: CRPAT	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
TOTAL	722	1 027	35	98	9	113	59	8	17	31	4	534	0	2 657
														100,0

*Établissement dont les données sont incomplètes (pour le mois de septembre, le nombre de déclarations est inférieur à 50 % du volume mensuel moyen de déclarations de l'établissement).

Nord-du-Québec

Tableau 29 : Données démographiques de la région du Nord-du-Québec

RÉGION	POPULATION DE LA RÉGION AU 1 ^{ER} JUILLET 2010	PROPORTION DE LA POPULATION TOTALE	NB ÉTABLISSEMENTS
10 NORD-DU-QUÉBEC	14 186	0,18%	1
TOTAL	7 879 386	100%	268

Figure 25 : Nord-du-Québec, événements déclarés par mission d'établissement

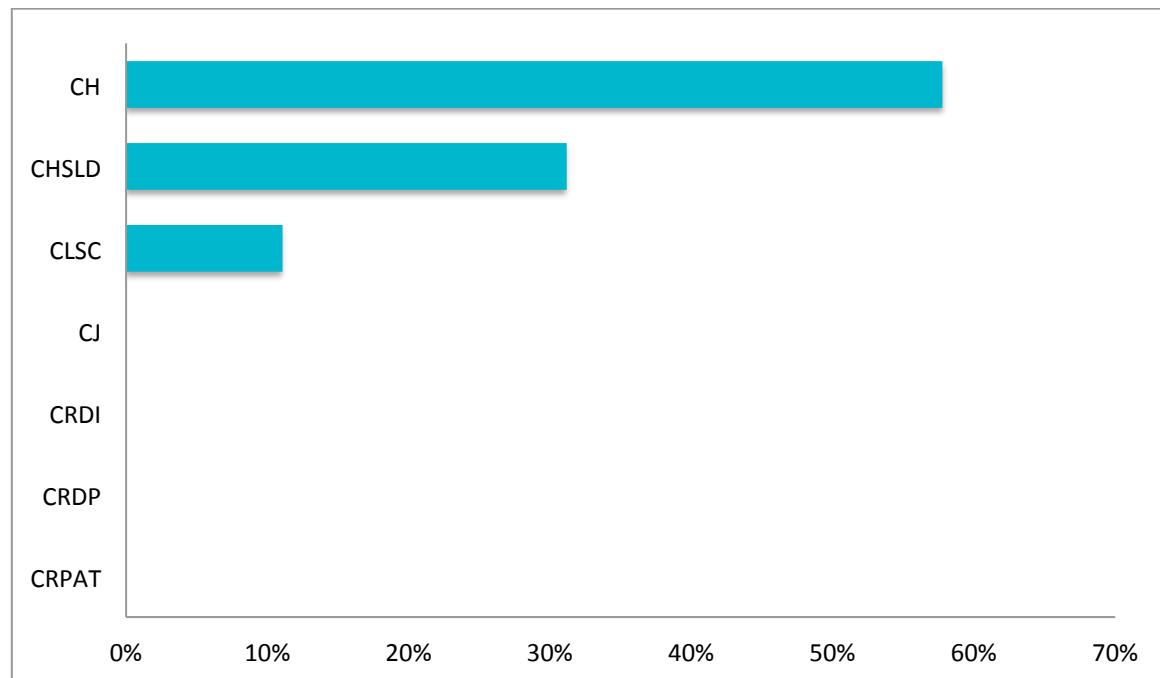


Figure 26 : Nord-du-Québec, types d'événements déclarés

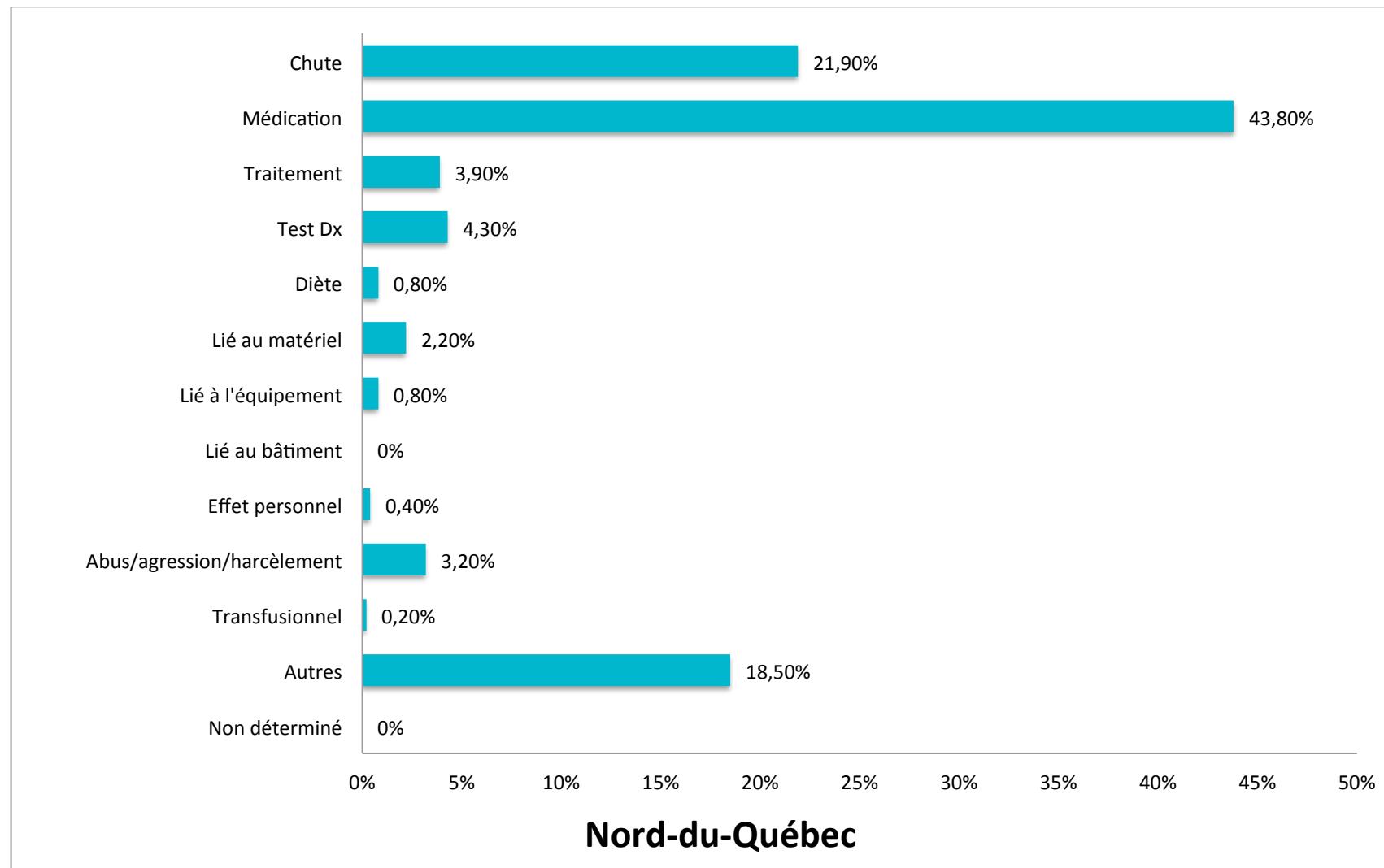


Tableau 30 : Nord-du-Québec, types d'événements déclarés par mission d'établissement et par établissement

10 – Nord-du-Québec	CHUTE	MÉDICATION	TRAITEMENT	TEST Dx	DIÈTE	LIÉ AU MATERIEL	LIÉ À L'ÉQUIPEMENT	LIÉ AU BÂTIMENT	EFFET PERSONNEL	ABUS / AGGRESSION /HARCÈLEMENT	TRANSFUSIONNEL	AUTRES	NON DÉTERMINÉ	TOTAL	
ÉTABLISSEMENT	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	%
CENTRE REG. DE SANTE ET DE SERV. SOC. DE LA BAIE-JAMES	111	222	20	22	4	11	4	0	2	16	1	94	0	507	100,0
SOUS-TOTAL: CH-CSSS-CHSLD	111	222	20	22	4	11	4	0	2	16	1	94	0	507	100,0
TOTAL	111	222	20	22	4	11	4	0	2	16	1	94	0	507	100,0

Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine

Tableau 31 : Données démographiques de la région de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine

RÉGION	POPULATION DE LA RÉGION AU 1 ^{ER} JUILLET 2010	PROPORTION DE LA POPULATION TOTALE	NB ÉTABLISSEMENTS
11 GASPOSIÉ–ÎLES-DE-LA-MADELEINE	93 826	1,19%	7
TOTAL	7 879 386	100%	268

Figure 27 : Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, événements déclarés par mission d'établissement

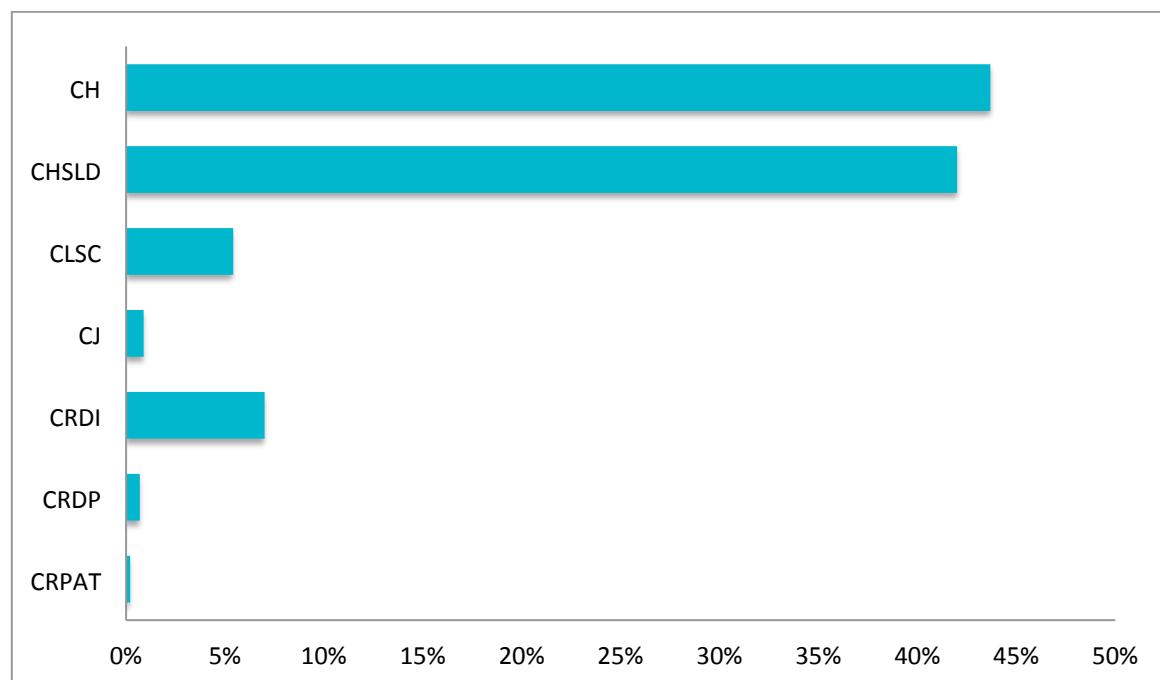


Figure 28 : Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, types d'événements déclarés

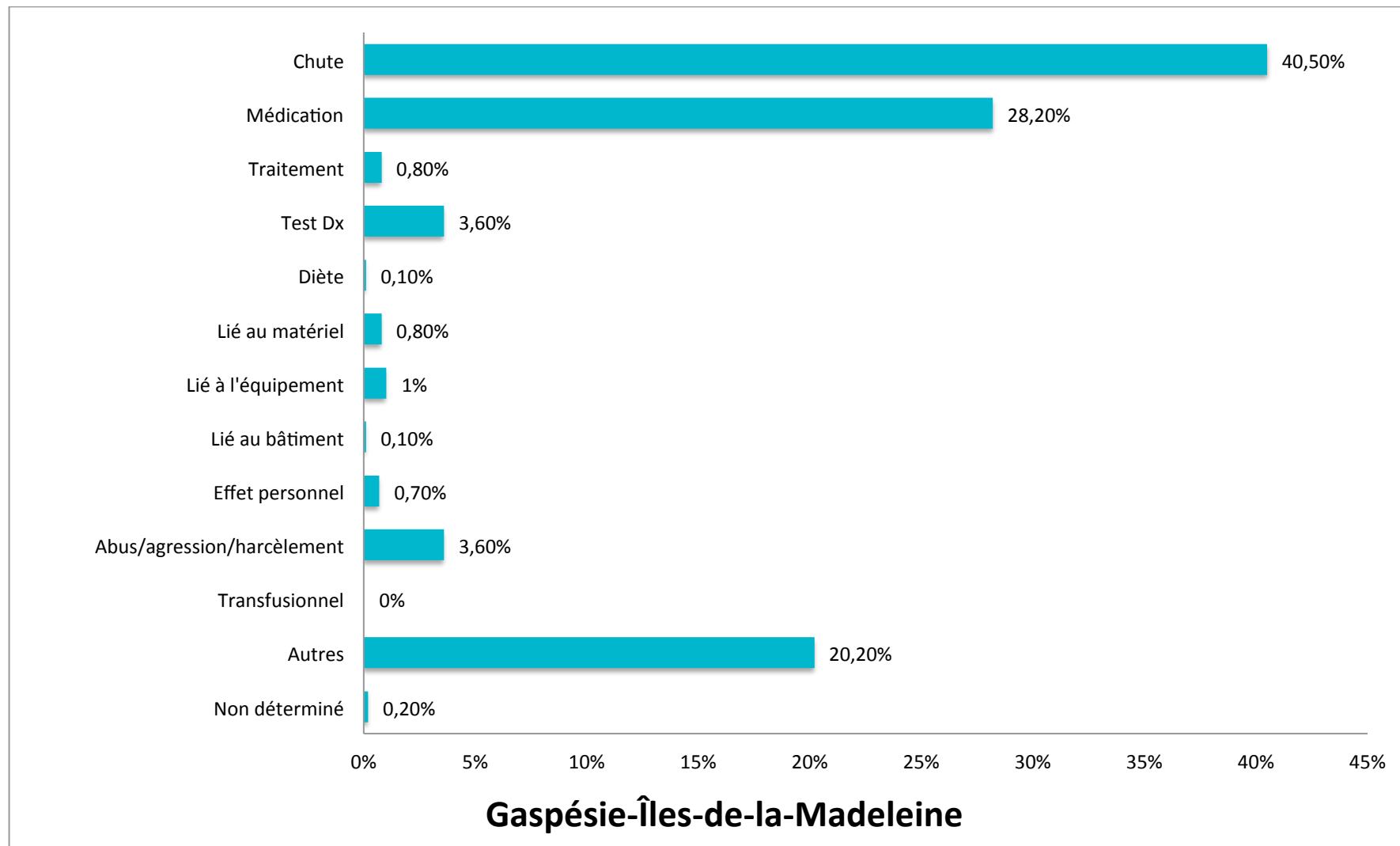


Tableau 32 : Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, types d'événements déclarés par mission d'établissement et par établissement

	CHUTE	MÉDICATION	TRAITEMENT	TEST Dx	DIÈTE	LIÉ AU MATÉRIEL	LIÉ À L'ÉQUIPEMENT	LIÉ AU BÂTIMENT	EFFET PERSONNEL	ABUS / AGGRESSION /HARCÈLEMENT	TRANSFUSIONNEL	AUTRES	NON DÉTERMINÉ	TOTAL	
ÉTABLISSEMENT	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	%
CSSS DE LA BAIE-DES-CHALEURS*	353	342	3	50	0	2	14	0	13	67	1	237	0	1 082	36,7
CSSS DE LA COTE-DE-GASPE	373	210	11	6	1	7	4	2	2	7	0	139	0	762	25,9
CSSS DE LA HAUTE-GASPESIE	189	134	4	5	0	6	6	0	3	0	0	65	0	412	14,0
CSSS DES ILES*	5	7	0	0	0	0	0	0	1	0	0	4	0	17	0,6
CSSS DU ROCHER-PERCE	192	94	7	46	2	9	5	1	2	3	0	49	0	410	13,9
SOUS-TOTAL: CH-CSSS-CHSLD	1 112	787	25	107	3	24	29	3	21	77	1	494	0	2 683	91,1
CENTRE JEUNESSE GASPESIE/LES ILES*	2	6	0	0	0	1	0	0	0	1	0	17	0	27	0,9
SOUS-TOTAL: CJ	2	6	0	0	0	1	0	0	0	1	0	17	0	27	0,9
LE CENTRE DE READAPTATION DE LA GASPESIE	68	32	0	0	0	0	0	0	0	28	0	79	0	207	7,0
SOUS-TOTAL: CRDI	68	32	0	0	0	0	0	0	0	28	0	79	0	207	7,0
LE CENTRE DE READAPTATION DE LA GASPESIE	11	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	0,2
SOUS-TOTAL: CRDP	11	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	22	0,7
CSSS DE LA HAUTE-GASPESIE	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	4	0	7	0,2
SOUS-TOTAL: CRPAT	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	4	0	7	0,2
TOTAL	1 194	831	25	107	3	25	29	4	21	106	1	594	6	2 946	100,0

*Établissement dont les données sont incomplètes (pour le mois de septembre, le nombre de déclarations est inférieur à 50 % du volume mensuel moyen de déclarations de l'établissement).

Chaudière-Appalaches

Tableau 33 : Données démographiques de la région de Chaudière-Appalaches

RÉGION	POPULATION DE LA RÉGION AU 1 ^{ER} JUILLET 2010	PROPORTION DE LA POPULATION TOTALE	NB ÉTABLISSEMENTS
12 CHAUDIÈRE-APPALACHES	405 483	5,15%	13
TOTAL	7 879 386	100%	268

Figure 29 : Chaudière-Appalaches, événements déclarés par mission d'établissement

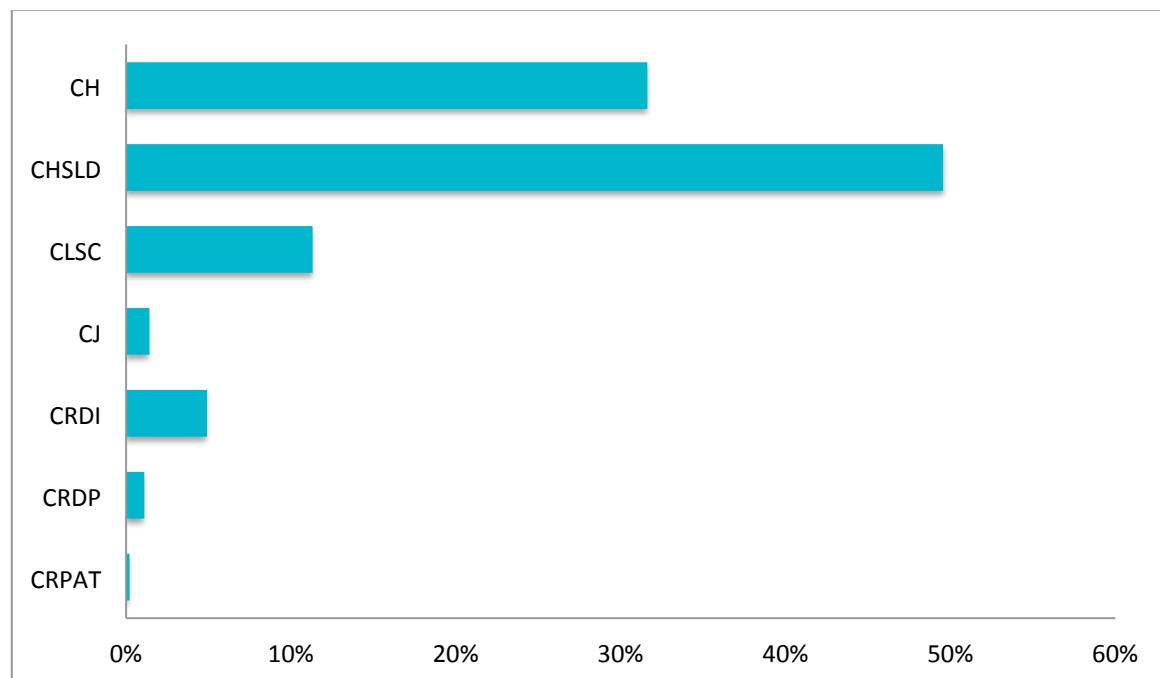


Figure 30 : Chaudière-Appalaches, types d'événements déclarés

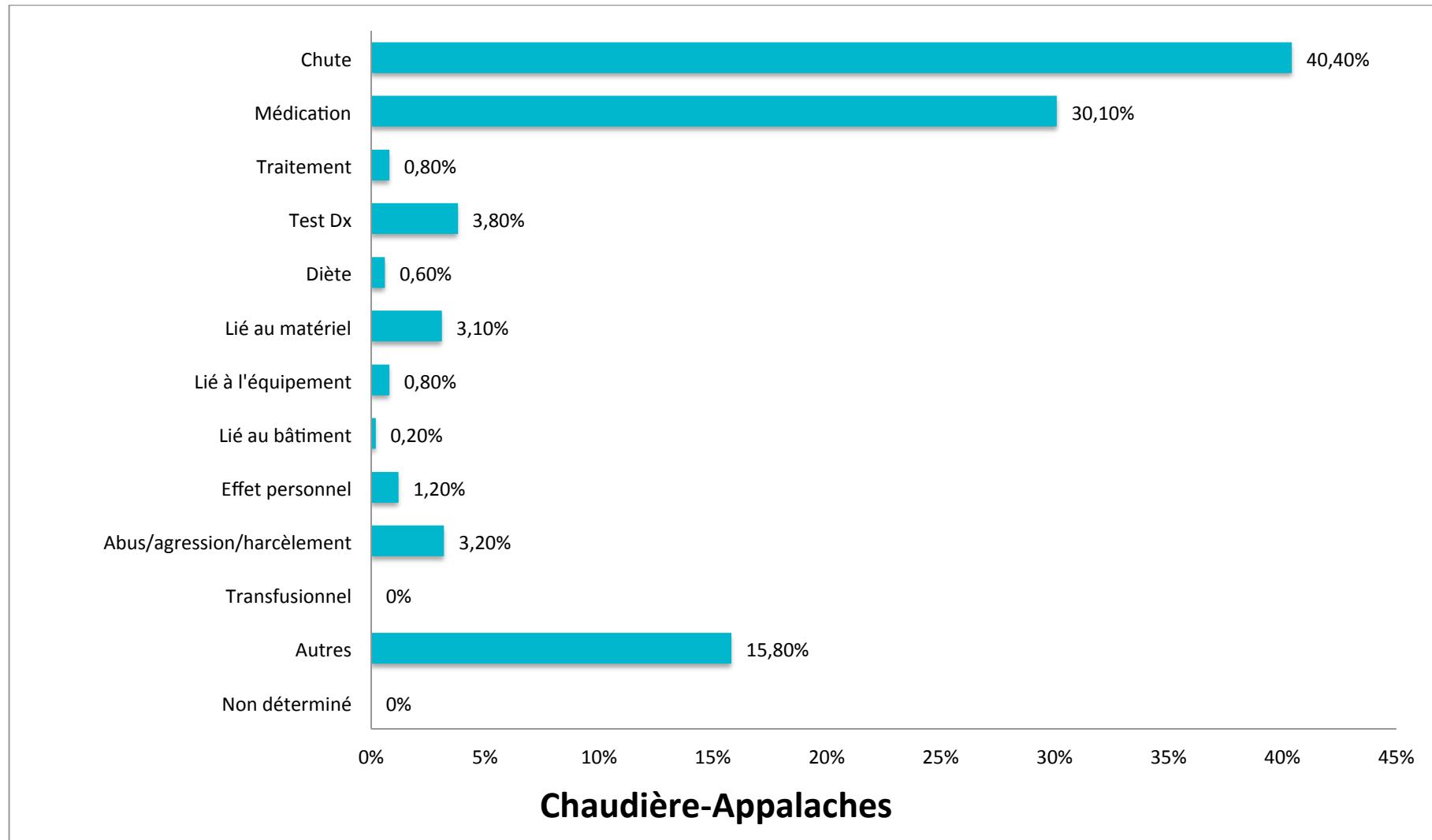


Tableau 34 : Chaudière-Appalaches, types d'événements déclarés par mission d'établissement et par établissement

	CHUTE	MÉDICATION	TRAITEMENT	TEST Dx	DIÈTE	LIÉ AU MATERIEL	LIÉ À L'ÉQUIPEMENT	LIÉ AU BÂTIMENT	EFFET PERSONNEL	ABUS / AGGRESSION /HARCÈLEMENT	TRANSFUSIONNEL	AUTRES	NON DÉTERMINÉ	TOTAL	
ÉTABLISSEMENT	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	%
CENTRE D'ACCUEIL SAINT-JOSEPH DE LEVIS INC.	235	0	0	2	7	27	8	1	22	14	0	167	0	483	6,0
CHSLD CHANOINE-AUDET INC.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CSSS DE BEAUCE	250	198	12	4	0	18	0	2	6	15	0	68	0	573	7,1
CSSS DE LA REGION DE THETFORD	425	348	2	21	2	53	0	0	3	30	3	114	0	1 001	12,3
CSSS DE MONTMAGNY-L'ISLET	223	225	7	47	0	69	1	0	3	12	0	38	0	625	7,7
CSSS DES ETCHEMINS	144	93	2	2	1	5	2	1	7	3	0	48	0	308	3,8
CSSS DU GRAND LITTORAL	1 452	605	12	108	1	18	21	2	34	96	0	469	0	2 818	34,7
HOTEL-DIEU DE LEVIS	329	809	30	125	34	52	35	7	25	3	1	134	0	1 584	19,5
PAVILLON BELLEVUE INC.	52	29	0	0	0	1	0	0	0	4	0	28	0	114	1,4
SOUS-TOTAL: CH-CSSS-CHSLD	3 110	2 307	65	309	45	243	67	13	100	177	4	1 066	0	7 506	92,5
CJ CHAUDIERE-APPALACHES	13	33	0	0	0	5	0	0	0	0	0	61	0	112	1,4
SOUS-TOTAL: CJ	13	33	0	0	0	5	0	0	0	0	0	61	0	112	1,4
CR EN DEFICIENCE INTELLECTUELLE CHAUDIERE-APPALACHES	112	73	0	0	0	0	0	0	0	80	0	129	0	394	4,9
SOUS-TOTAL: CRDI	112	73	0	0	0	0	0	0	0	80	0	129	0	394	4,9
CRDP CHAUDIERE-APPALACHES	44	25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	17	2	88	1,1
SOUS-TOTAL: CRDP	44	25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	17	2	88	1,1
CR EN ALCOOLISME ET TOXICOMANIE DE CHAUDIERE-APPALACHES*	3	2	0	0	0	2	1	0	0	3	0	6	0	17	0,2
SOUS-TOTAL: CRPAT	3	2	0	0	0	2	1	0	0	3	0	6	0	17	0,2
TOTAL	3 282	2 440	65	309	45	250	68	13	100	260	4	1 279	2	8 117	100,0

*Établissement dont les données sont incomplètes (pour le mois de septembre, le nombre de déclarations est inférieur à 50 % du volume mensuel moyen de déclarations de l'établissement).

Laval

Tableau 35 : Données démographiques de la région de Laval

RÉGION	POPULATION DE LA RÉGION AU 1 ^{ER} JUILLET 2010	PROPORTION DE LA POPULATION TOTALE	NB ÉTABLISSEMENTS
13 Laval	398 667	5,06%	12
TOTAL	7 879 386	100%	268

Figure 31 : Laval, événements déclarés par mission d'établissement

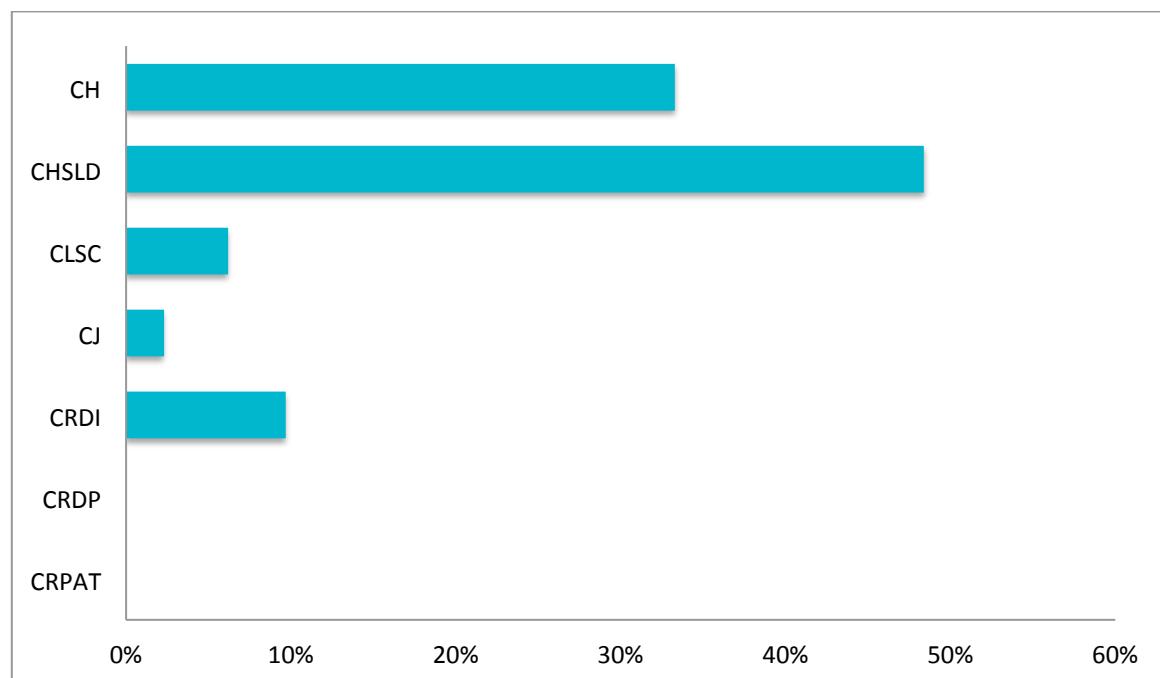


Figure 32 : Laval, types d'événements déclarés

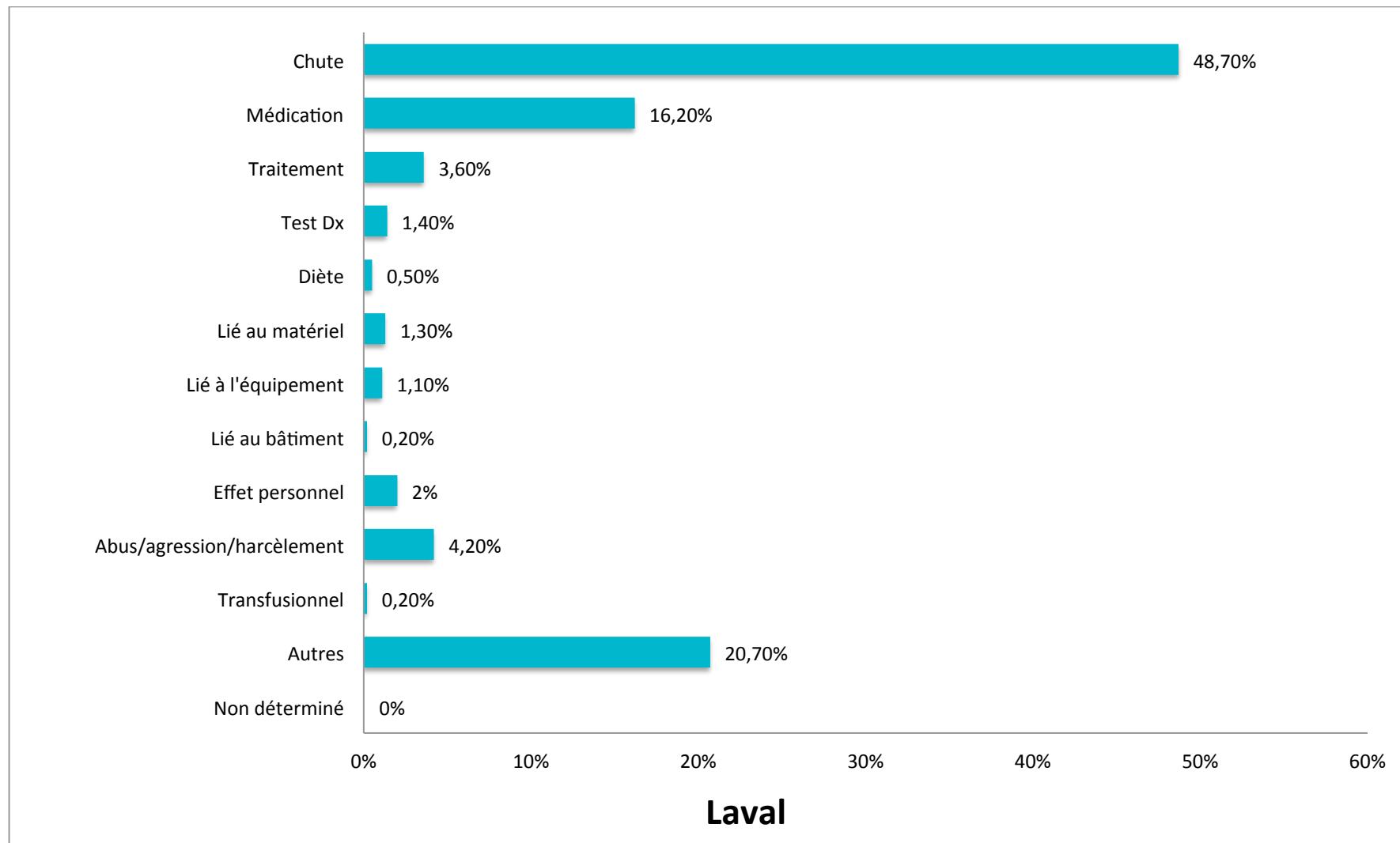


Tableau 36 : Laval, types d'événements déclarés par mission d'établissement et par établissement

ÉTABLISSEMENT	CHUTE	MÉDICATION	TRAITEMENT	TEST Dx	DIÈTE	LIÉ AU MATÉRIEL	LIÉ À L'ÉQUIPEMENT	LIÉ AU BÂTIMENT	EFFET PERSONNEL	ABUS / AGGRESSION /HARCÈLEMENT	TRANSFUSIONNEL	AUTRES	NON DÉTERMINÉ	TOTAL	
	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	%	
13 – Laval															
CENTRE D'HEBERGEMENT DE LA VILLA-LES-TILLEULS INC.*	125	5	1	0	0	0	0	0	2	6	0	2	0	141	3,2
CENTRE D'HEBERGEMENT L'EDEN DE LAVAL INC.*	70	4	0	0	0	2	0	0	0	2	0	0	0	78	1,8
CHSLD ST-JUDE INC.*	65	64	1	0	0	2	1	0	13	7	0	54	0	207	4,7
CSSS DE LAVAL*	1 221	354	144	55	8	35	33	5	59	87	1	419	0	2 421	54,4
HOPITAL JUIF DE READAPTATION*	125	52	3	7	4	7	8	1	2	2	0	74	0	285	6,4
MANOIR ST-PATRICE INC.	52	41	1	0	0	6	1	0	2	6	7	67	0	183	4,1
PLACEMENTS M.G.O. INC.	121	6	0	1	0	0	1	0	0	9	0	7	0	145	3,3
PRODIMAX INC.*	63	16	4	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	85	1,9
RESIDENCE RIVIERA INC.	126	72	5	1	0	6	4	1	9	8	0	20	0	252	5,7
SANTE COURVILLE INC.	73	23	0	0	0	0	0	0	0	1	0	18	0	115	2,6
SOUS-TOTAL: CH-CSSS-CHSLD	2 041	637	159	64	12	58	48	7	87	128	8	663	0	3 912	87,9
CENTRE JEUNESSE DE LAVAL*	18	18	0	0	0	1	0	0	0	3	0	64	0	104	2,3
SOUS-TOTAL: CJ	18	18	0	0	0	1	0	0	0	3	0	64	0	104	2,3
CRDI NORMAND-LARAMEE	107	66	0	0	12	0	0	0	0	55	0	193	0	433	9,7
SOUS-TOTAL: CRDI	107	66	0	0	12	0	0	0	0	55	0	193	0	433	9,7
TOTAL	2 166	721	159	64	24	59	48	7	87	186	8	920	0	4 449	100,0

*Établissement dont les données sont incomplètes (pour le mois de septembre, le nombre de déclarations est inférieur à 50 % du volume mensuel moyen de déclarations de l'établissement).

Lanaudière

Tableau 37 : Données démographiques de la région de Lanaudière

RÉGION	POPULATION DE LA RÉGION AU 1 ^{ER} JUILLET 2010	PROPORTION DE LA POPULATION TOTALE	NB ÉTABLISSEMENTS
14 LANAUDIÈRE	464 467	5,89%	8
TOTAL	7 879 386	100%	268

Figure 33 : Lanaudière, événements déclarés par mission d'établissement

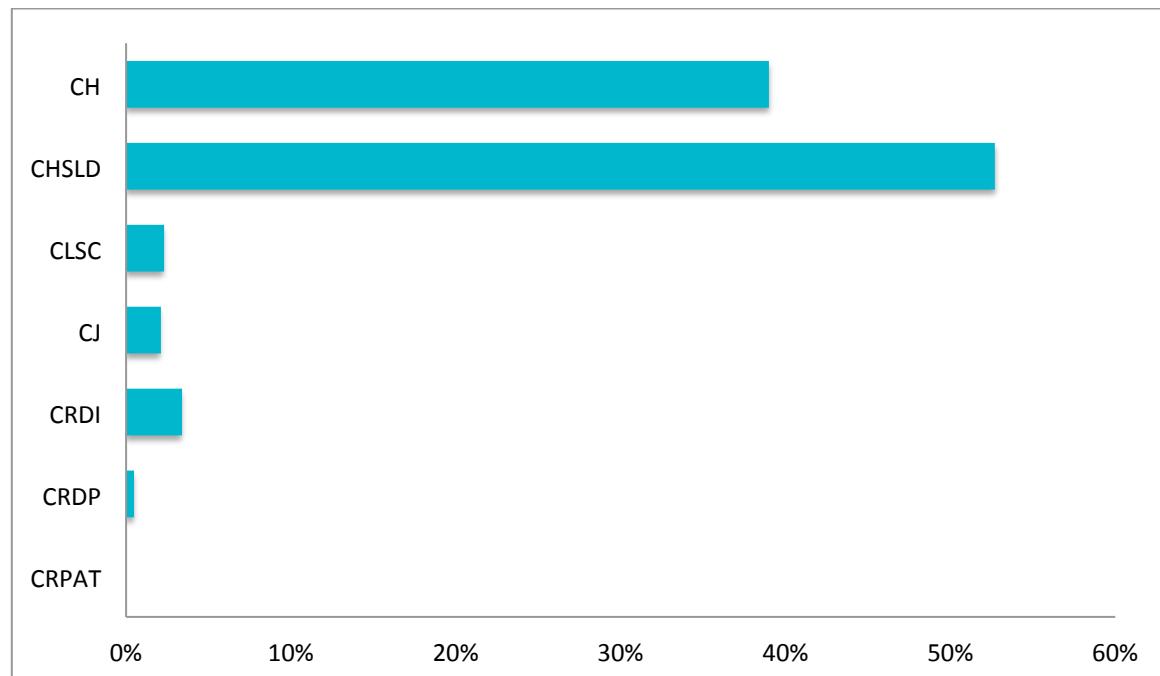


Figure 34 : Lanaudière, types d'événements déclarés

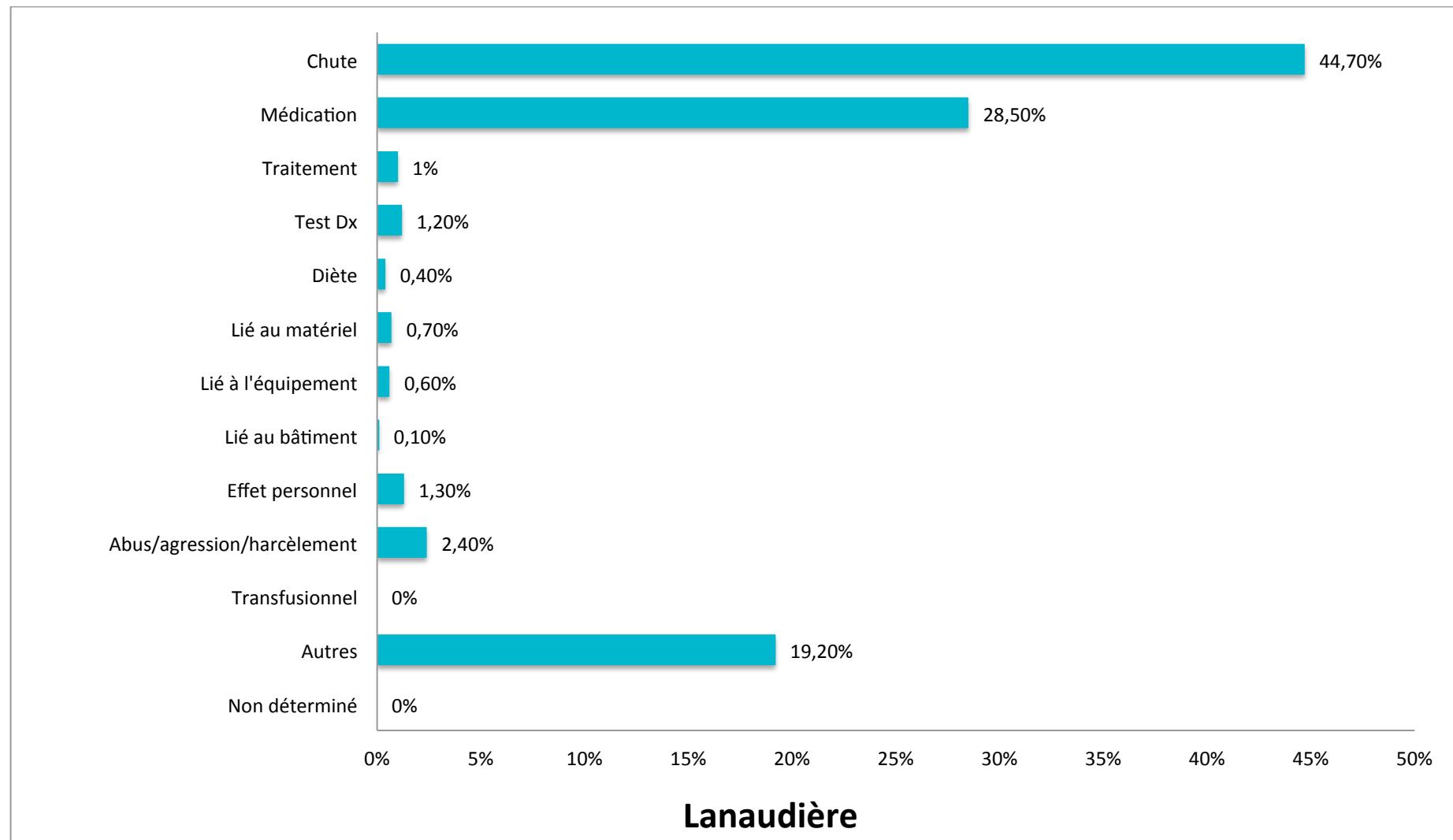


Tableau 38 : Lanaudière, types d'événements déclarés par mission d'établissement et par établissement

14 – Lanaudière	CHUTE	MÉDICATION	TRAITEMENT	TEST Dx	DIÈTE	LIÉ AU MATERIEL	LIÉ À L'ÉQUIPEMENT	LIÉ AU BÂTIMENT	EFFET PERSONNEL	ABUS / AGGRESSION /HARCÈLEMENT	TRANSFUSIONNEL	AUTRES	NON DÉTERMINÉ	TOTAL	
ÉTABLISSEMENT	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	%
9083-9531 QUEBEC INC.	157	33	0	0	0	0	0	1	0	17	0	20	0	228	2,5
CHSLD DE LA COTE BOISEE INC.	96	41	1	1	6	2	5	1	9	6	0	32	0	200	2,2
CHSLD HEATHER INC.	160	100	4	0	4	0	0	1	0	8	0	74	0	351	3,9
CSSS DU NORD DE LANAUDIERE*	2 289	1 345	46	73	10	39	33	4	50	62	0	567	0	4 518	49,9
CSSS DU SUD DE LANAUDIERE*	1 232	993	42	36	13	24	12	1	57	83	0	719	0	3 212	35,5
SOUS-TOTAL: CH-CSSS-CHSLD	3 934	2 512	93	110	33	65	50	8	116	176	0	1 412	0	8 509	94,0
LES CENTRES JEUNESSE DE LANAUDIERE	14	54	0	0	0	0	0	0	0	10	0	114	0	192	2,1
SOUS-TOTAL: CJ	14	54	0	0	0	0	0	0	0	10	0	114	0	192	2,1
CENTRE DE READAPTATION LA MYRIADE	74	11	0	0	4	0	0	0	0	28	0	190	0	307	3,4
SOUS-TOTAL: CRDI	74	11	0	0	4	0	0	0	0	28	0	190	0	307	3,4
CENTRE DE READAPT. EN DEFICIENCE PHYSIQUE LE BOUCLIER	22	3	0	0	0	0	0	0	0	1	0	21	0	47	0,5
SOUS-TOTAL: CRDP	22	3	0	0	0	0	0	0	0	1	0	21	0	47	0,5
TOTAL	4 044	2 580	93	110	37	65	50	8	116	215	0	1 737	0	9 055	100,0

*Établissement dont les données sont incomplètes (pour le mois de septembre, le nombre de déclarations est inférieur à 50 % du volume mensuel moyen de déclarations de l'établissement).

Laurentides

Tableau 39 : Données démographiques de la région des Laurentides

RÉGION	POPULATION DE LA RÉGION AU 1 ^{ER} JUILLET 2010	PROPORTION DE LA POPULATION TOTALE	NB ÉTABLISSEMENTS
15 LAURENTIDES	549 442	6,97%	11
TOTAL	7 879 386	100%	268

Figure 35 : Laurentides, événements déclarés par mission d'établissement

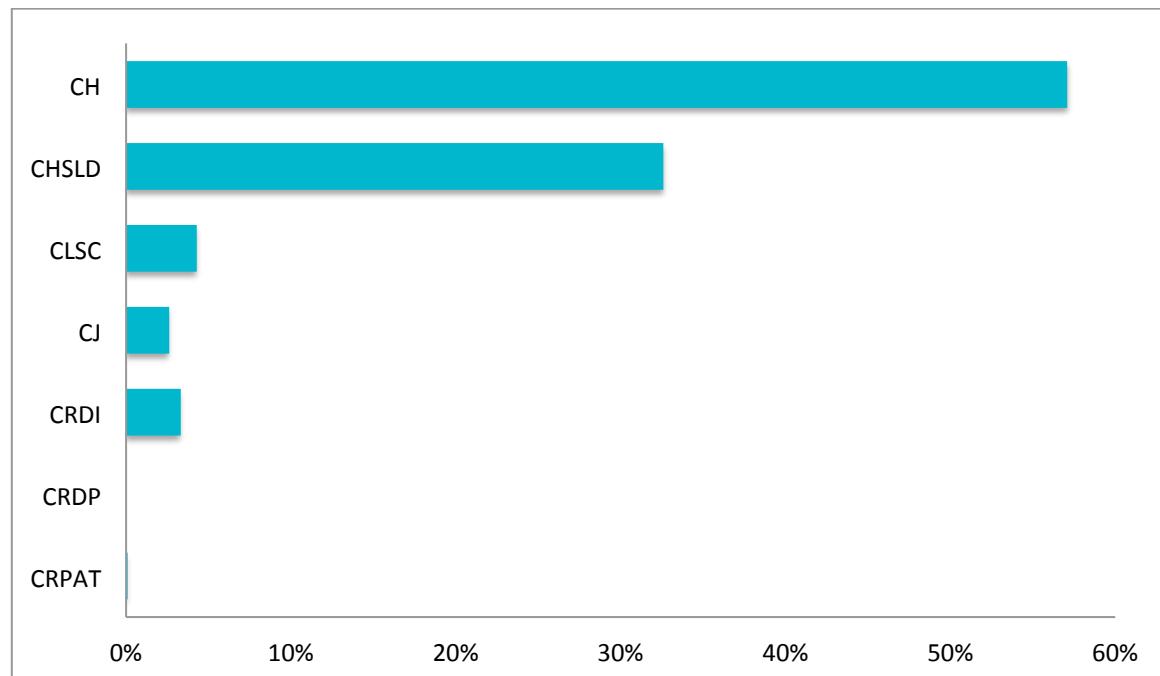


Figure 36 : Laurentides, types d'événements déclarés

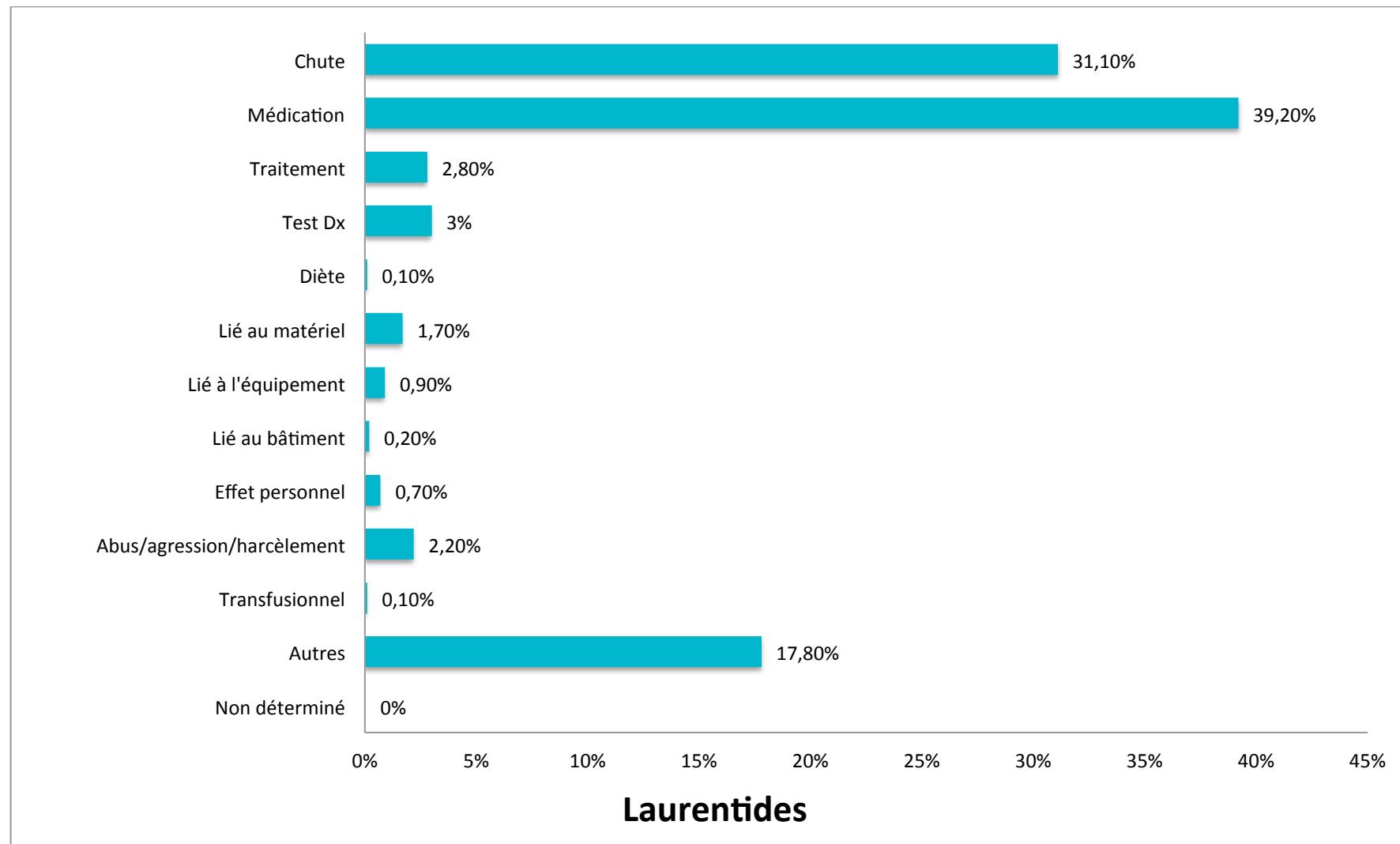


Tableau 40 : Laurentides, types d'événements déclarés par mission d'établissement et par établissement

ÉTABLISSEMENT	CHUTE	MÉDICATION	TRAITEMENT	TEST Dx	DIÈTE	LIÉ AU MATERIEL	LIÉ À L'ÉQUIPEMENT	LIÉ AU BÂTIMENT	EFFET PERSONNEL	ABUS / AGGRESSION /HARCÈLEMENT	TRANSFUSIONNEL	AUTRES	NON DÉTERMINÉ	TOTAL	
	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	%
CSSS D'ANTOINE-LABELLE	572	857	32	29	4	20	13	0	5	66	0	312	0	1 910	24,0
CSSS D'ARGENTEUIL	270	156	14	21	1	29	8	2	5	11	0	132	0	649	8,2
CSSS DE SAINT-JEROME*	458	682	60	31	3	15	24	2	7	11	6	216	0	1 515	19,0
CSSS DE THERESE-DE BLAINVILLE	330	257	6	15	2	30	6	0	21	21	0	112	0	800	10,1
CSSS DES PAYS-D'EN-HAUT	120	119	6	3	0	6	7	4	1	10	0	47	0	323	4,1
CSSS DES SOMMETS*	8	2	2	0	0	2	3	7	0	0	0	46	0	70	0,9
CSSS DU LAC-DES-DEUX-MONTAGNES	579	899	101	143	1	27	11	1	19	17	2	312	0	2 112	26,6
LA RESIDENCE DE LACHUTE	42	29	0	0	0	0	3	0	0	6	0	16	0	96	1,2
SOUS-TOTAL: CH-CSSS-CHSLD	2 379	3 001	221	242	11	129	75	16	58	142	8	1 193	0	7 475	94,0
CENTRE JEUNESSE DES LAURENTIDES*	16	86	0	0	0	5	0	0	0	11	0	91	0	209	2,6
SOUS-TOTAL: CJ	16	86	0	0	0	5	0	0	0	11	0	91	0	209	2,6
CENTRE DU FLORES	76	25	0	0	0	2	0	0	0	25	0	131	0	259	3,3
SOUS-TOTAL: CRDI	76	25	0	0	0	2	0	0	0	25	0	131	0	259	3,3
CENTRE ANDRE-BOUDREAU*	3	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	10	0,1
SOUS-TOTAL: CRPAT	3	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	10	0,1
TOTAL	2 474	3 118	221	242	11	136	75	16	58	178	8	1 416	0	7 953	100,0

*Établissement dont les données sont incomplètes (pour le mois de septembre, le nombre de déclarations est inférieur à 50 % du volume mensuel moyen de déclarations de l'établissement).

Montérégie

Tableau 41 : Données démographiques de la région de la Montérégie

RÉGION	POPULATION DE LA RÉGION AU 1 ^{ER} JUILLET 2010	PROPORTION DE LA POPULATION TOTALE	NB ÉTABLISSEMENTS
16 MONTÉRÉGIE	1 441 423	18,29%	28
TOTAL	7 879 386	100%	268

Figure 37 : Montérégie, événements déclarés par mission d'établissement

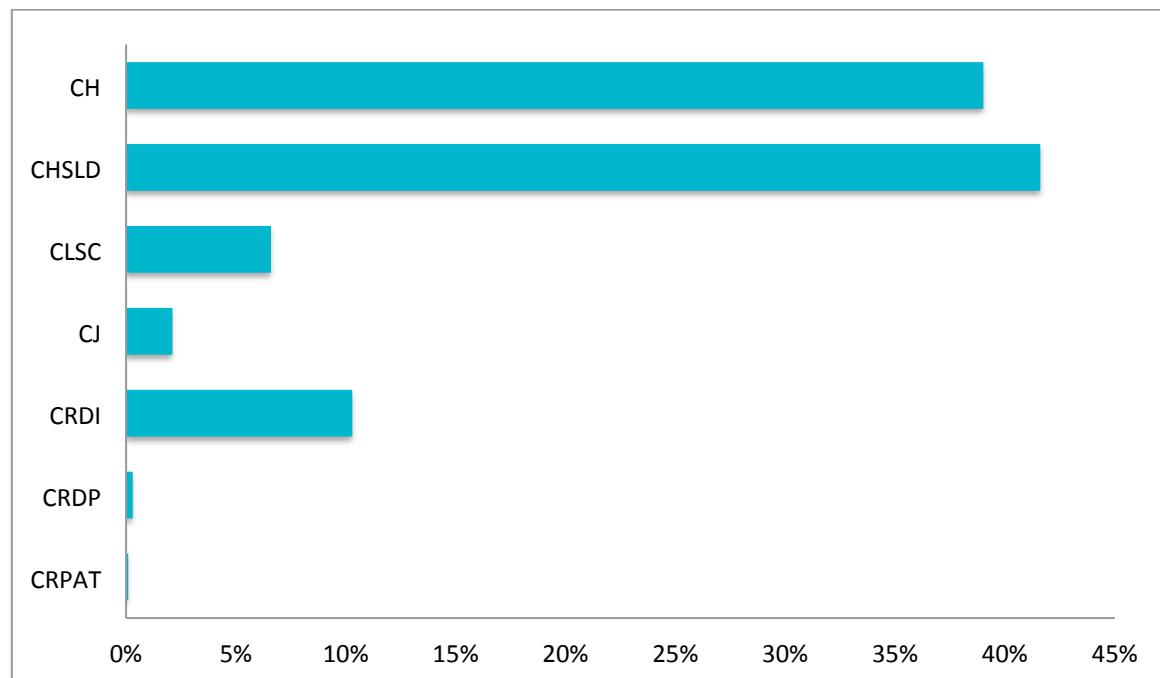


Figure 38 : Montérégie, types d'événements déclarés

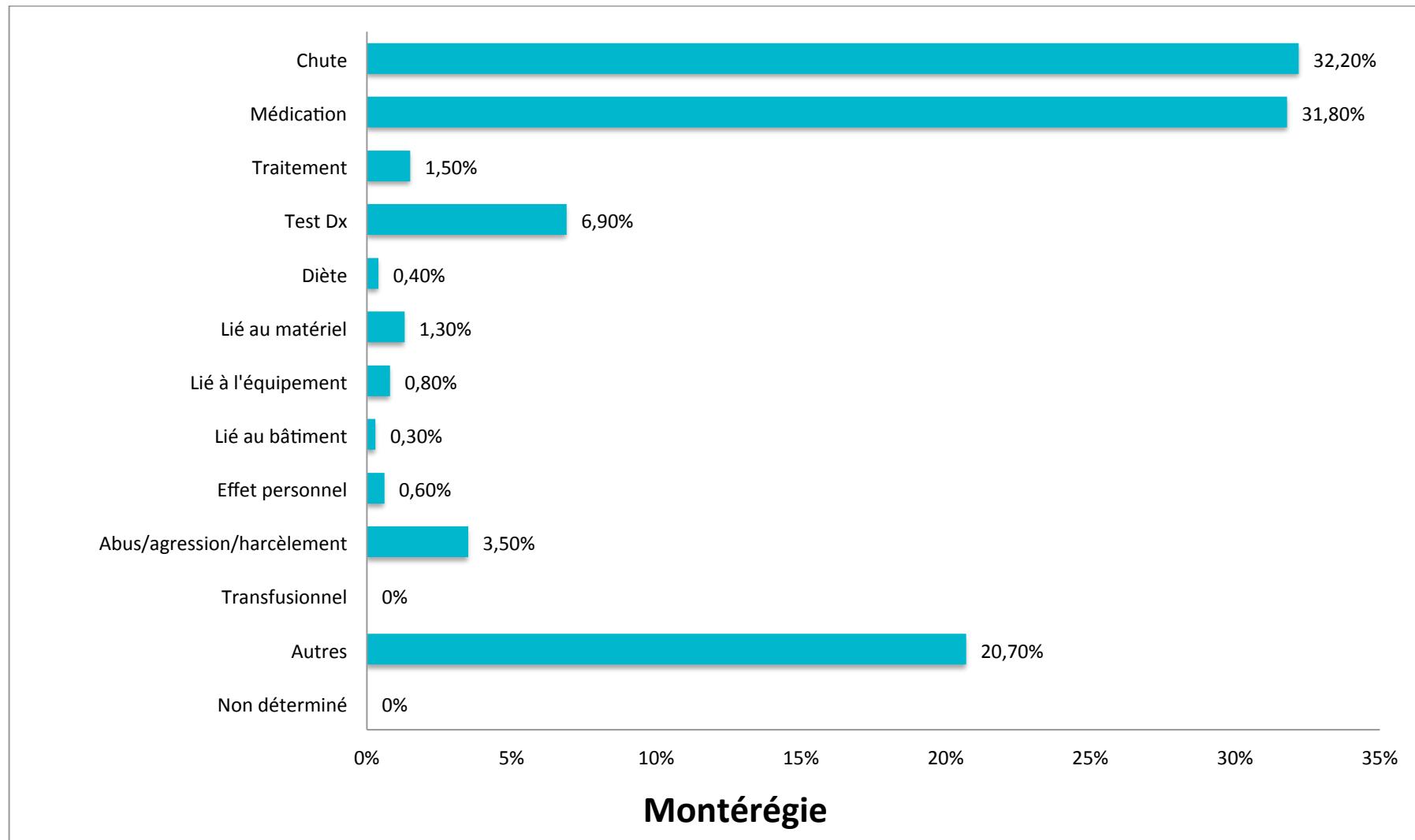


Tableau 42 : Montérégie, types d'événements déclarés par mission d'établissement et par établissement

ÉTABLISSEMENT	CHUTE	MÉDICATION	TRAITEMENT	TEST Dx	DIÈTE	LIÉ AU MATERIEL	LIÉ À L'ÉQUIPEMENT	LIÉ AU BÂTIMENT	EFFET PERSONNEL	ABUS / AGRESSION /HARCÈLEMENT	TRANSFUSIONNEL	AUTRES	NON DÉTERMINÉ	TOTAL	
	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	%	
2863-9839 QUEBEC INC.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
ACCUEIL DU RIVAGE INC.*	20	2	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	26 0,1	
CENTRE D'ACCUEIL MARCELLE FERRON INC.*	142	121	3	0	0	2	0	0	1	8	0	24	0	301 1,1	
CENTRE D'HÉBERGEMENT RIVERA ARGYLE INC. (RÉSIDENCE DU PARC)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
CHSLD DE SAINT-LAMBERT-SUR-LE-GOLF INC.	260	163	19	3	12	14	9	2	8	14	0	129	0	633 2,2	
CONSEIL DES MOHAWKS DE KAHNAWAKE	53	112	4	9	2	2	10	4	0	4	0	98	0	298 1,0	
CSSS CHAMPLAIN	324	198	8	125	2	23	11	1	12	49	0	221	0	974 3,4	
CSSS DE LA HAUTE-YAMASKA*	487	749	39	56	1	35	8	3	20	45	2	214	0	1 659 5,8	
CSSS DE VAUDREUIL-SOULANGES	455	253	5	4	12	19	15	3	2	45	0	349	0	1 162 4,1	
CSSS DU HAUT-SAINT-LAURENT	165	198	12	16	0	1	8	1	2	4	0	15	0	422 1,5	
CSSS DU SUROIT	685	455	6	297	4	15	5	0	3	112	0	107	0	1 689 5,9	
CSSS HAUT-RICHELIEU-ROUVILLE	1 464	1 495	98	200	13	80	71	2	34	36	0	511	0	4 004 14,1	
CSSS JARDINS-ROUSSILLON*	366	231	16	5	0	49	17	16	6	12	1	110	0	829 2,9	
CSSS LA POMMERAIE*	492	380	12	22	1	4	7	1	2	14	0	87	0	1 022 3,6	
CSSS PIERRE-BOUCHER	1 850	1 340	68	115	18	31	13	6	35	66	2	528	0	4 072 14,3	
CSSS PIERRE-DE SAUREL	533	532	34	54	10	11	21	6	10	49	1	587	0	1 848 6,5	
CSSS RICHELIEU-YAMASKA	1 008	1 307	54	193	11	37	23	2	25	50	1	560	0	3 271 11,5	
HOPITAL CHARLES LEMOYNE*	261	771	47	866	18	29	14	25	15	72	5	290	0	2 413 8,5	
MAISON DES AÎNÉES DE ST-TIMOTHEE INC.	7	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9 0,0	
MANOIR SOLEIL INC.	15	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	2	0	19 0,1	
RESIDENCE SOREL-TRACY INC.	56	26	1	0	2	1	2	0	0	3	0	84	0	175 0,6	
SOUS-TOTAL: CH-CSSS-CHSLD	8 643	8 335	427	1 965	106	354	235	72	176	584	12	3 917	0	24 826	87,2

	CHUTE	MÉDICATION	TRAITEMENT	TEST Dx	DIÈTE	LIÉ AU MATERIEL	LIÉ À L'ÉQUIPEMENT	LIÉ AU BÂTIMENT	EFFET PERSONNEL	ABUS / AGGRESSION /HARCÈLEMENT	TRANSFUSIONNEL	AUTRES	NON DÉTERMINÉ	TOTAL	
ÉTABLISSEMENT	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	%
CENTRE JEUNESSE DE LA MONTEREGIE	37	336	0	0	0	3	0	0	0	10	0	203	0	589	2,1
SOUS-TOTAL: CJ	37	336	0	0	0	3	0	0	0	10	0	203	0	589	2,1
CR EN DEFICIENCE INTELLECTUELLE															
MONTEREGIE-EST*	275	253	0	0	1	6	0	0	0	330	0	1 492	0	2 357	8,3
LES SERVICES DE READAPTATION DU SUD-OUEST ET DU RENFORT	171	105	0	0	1	0	0	0	0	56	0	242	0	575	2,0
SOUS-TOTAL: CRDI	446	358	0	0	2	6	0	0	0	386	0	1 734	0	2 932	10,3
CENTRE MONTEREGIEN DE READAPTATION	32	14	0	0	0	0	0	0	0	1	0	31	1	79	0,3
INSTITUT NAZARETH ET LOUIS-BRAILLE	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	4	0,0
SOUS-TOTAL: CRDP	35	14	0	0	0	0	0	0	0	1	0	32	1	83	0,3
LE VIRAGE, READAPTATION EN ALCOOLISME ET TOXICOMANIE	5	10	0	0	1	2	0	0	0	1	0	3	0	22	0,1
PAVILLON FOSTER	7	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	7	0	17	0,1
SOUS-TOTAL: CRPAT	12	12	0	0	1	2	0	0	0	2	0	10	0	39	0,1
TOTAL	9 173	9 055	427	1 965	109	365	235	72	176	983	12	5 896	1	28 469	100,0

*Établissement dont les données sont incomplètes (pour le mois de septembre, le nombre de déclarations est inférieur à 50 % du volume mensuel moyen de déclarations de l'établissement).

Indice de gravité des événements déclarés selon les types d'événements

Lorsqu'un événement survient et qu'il est constaté, il doit être déclaré sur le formulaire prévu à cet effet. Le déclarant remet ensuite le formulaire à son chef de service, qui lui doit veiller à la qualité de l'information apparaissant dans le formulaire, y inscrire les mesures de prévention de la récurrence retenues, le statut de l'événement (accident ou incident) et le niveau de gravité des conséquences constatées au moment de la déclaration. Ce dernier achemine la copie du formulaire au gestionnaire de risques, qui lui voit à ce que le formulaire soit bien rempli et assure le suivi de la mise en place des mesures visant à prévenir la récurrence.

Le tableau 43 présente l'échelle de gravité telle qu'elle apparaît dans le formulaire de déclaration. Les incidents sont des événements qui ne touchent pas l'usager et sont indiqués par les lettres A et B. Il est question d'incident si, par exemple, la pharmacie a livré le mauvais médicament, mais le personnel infirmier s'est aperçu de l'erreur avant d'administrer le médicament.

Les accidents, quant eux, sont des événements pour lesquels l'usager est touché et sont indiqués par les lettres C à I. La gravité des conséquences détermine l'indice de gravité de l'événement. Il est question d'accident si un médicament est administré à un mauvais usager (identification de l'usager) ou, encore, si un usager reçoit la mauvaise dose de médicament.

Tableau 43 : Définition de l'échelle de gravité

INDICE DE GRAVITÉ	
INCIDENT	
A – Circonstances ou événements qui a la capacité de causer une erreur ou un dommage (situation à risque)	
B – Erreur intervenue sans atteindre quiconque (échappée belle)	
ACCIDENT	
C – Erreur (incluant omission) atteint la personne mais ne lui cause pas de conséquence, n'exigeant pas de surveillance ou d'intervention additionnelle	
D – Personne atteint, conséquences craintes ou anticipées exigeant une surveillance pour confirmer qu'il n'y a pas de conséquence/intervention requise pour prévenir les conséquences.	
E1 – Accident résultant en des conséquences temporaires et exigeant des soins/traitements non-spécialisés, sans hospitalisation / prolongation d'hospitalisation	
E2 – Accident résultant en des conséquences temporaires et nécessitant des soins/traitements spécialisés, sans hospitalisation / prolongation d'hospitalisation	
F - Accident entraînant des conséquences temporaires exigeant des soins/traitements supplémentaires spécialisés avec hospitalisation ou prolongation hospitalisation	
G – Accident ayant contribué ou résultant en des conséquences permanentes pour la personne	
H – Accident nécessitant une intervention pour maintenir la vie	
I – Accident ayant contribué ou résultant en la mort de la personne	
NON DÉTERMINÉ	

La figure 39 et le tableau 44 dévoilent une prédominance des accidents de gravité C, D et E1, soit des accidents touchant la personne, mais ne lui causant pas de conséquences, des accidents pour lesquels des conséquences sont anticipées et exigent une surveillance ou encore des accidents résultant en des conséquences temporaires pour l'usager, mais n'exigeant pas de traitements spécialisés.

On constate également un nombre assez important d'événements pour lesquels la gravité n'a pas été déterminée au moment de la déclaration. On se rappellera que la nature de ces événements est connue (chute, médication, etc.) et que ce que l'on ignore au moment de la déclaration, c'est si l'événement aura des conséquences et quelle en sera la gravité.

Figure 39 : Répartition des événements déclarés selon l'indice de gravité

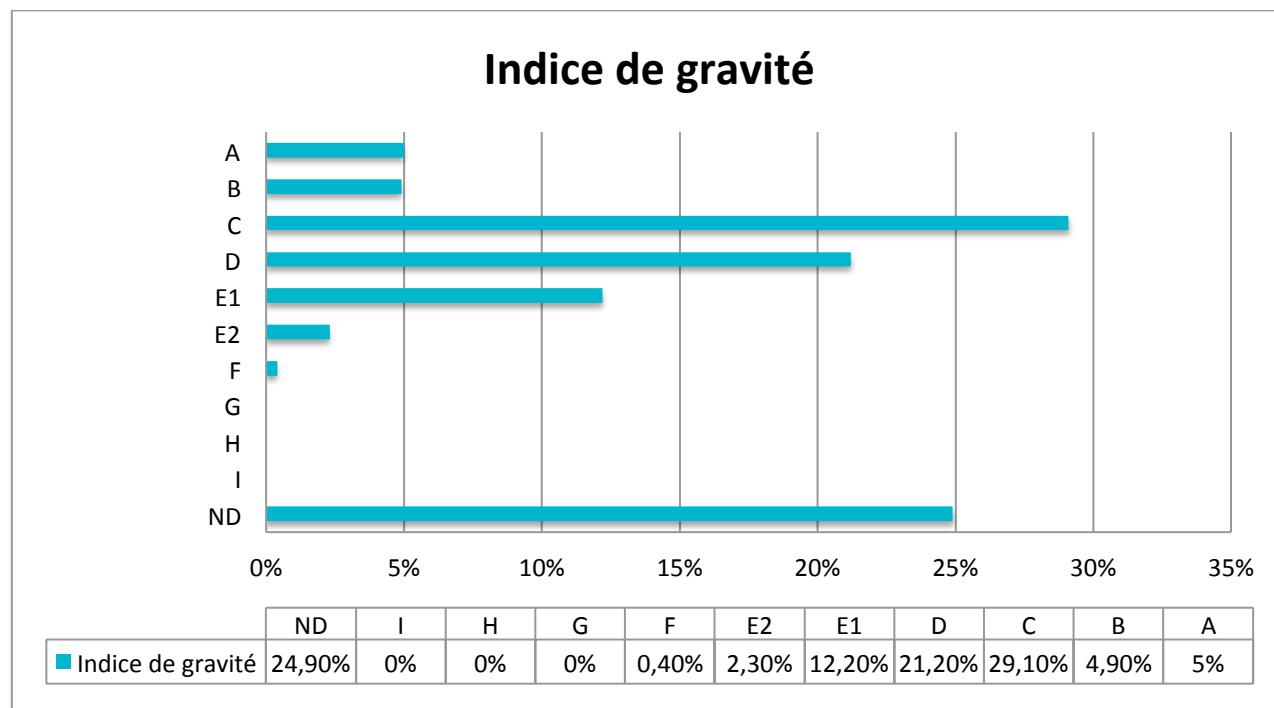


Tableau 44 : Indice de gravité des événements déclarés selon les types d'événements

	CHUTE	MÉDICATION	TRAITEMENT	TEST Dx	DIÈTE	LIÉ AU MATÉRIEL	LIÉ À L'ÉQUIPEMENT	LIÉ AU BÂTIMENT	EFFET PERSONNEL	ABUS / AGGRESSION / HARCÈLEMENT	TRANSFUSIONNEL	AUTRES	NON DÉTERMINÉ		TOTAL	
INDICE DE GRAVITÉ	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	%
INCIDENT	1 937	6 508	249	900	111	1 084	552	275	505	525	15	4 979	100	17 740	9,9	
A	1 450	2 495	127	266	39	674	283	159	288	395	2	2 763	51	8 992	5,0	
B	487	4 013	122	634	72	410	269	116	217	130	13	2 216	49	8 748	4,9	
ACCIDENT	43 509	36 029	2 073	4 518	398	1 581	582	121	1 107	4 094	79	22 356	210	116 657	65,2	
C	14 631	24 808	994	1 914	222	654	290	63	713	1 343	29	6 227	122	52 010	29,1	
D	17 604	9 260	729	2 234	123	685	151	38	128	1 159	33	5 708	53	37 905	21,2	
E1	9 511	1 391	232	253	38	172	114	14	166	1 385	14	8 454	29	21 773	12,2	
E2	1 242	518	99	109	10	61	23	5	99	180	3	1 678	5	4 032	2,3	
F	438	43	17	5	5	5	2	1	0	21	0	231	1	769	0,4	
G	56	1	0	0	0	1	0	0	1	2	0	6	0	67	0,0	
H	3	4	1	1	0	2	0	0	0	0	0	15	0	26	0,0	
I	24	4	1	2	0	1	2	0	0	4	0	37	0	75	0,0	
NON DÉTERMINÉ	17 291	11 394	1 072	2 162	267	1 021	356	135	500	1 862	44	8 488	22	44 614	24,9	
TOTAL	62 737	53 931	3 394	7 580	776	3 686	1 490	531	2 112	6 481	138	35 823	332	179 011	100,0	

Divulgation des accidents

La divulgation est l'action de porter à la connaissance de l'usager ou de ses proches, toute l'information nécessaire relative à un accident subi par cet usager et à l'origine de conséquences pour lui.

Cet usager doit également être informé des mesures prises pour contrer ces conséquences et éviter qu'une telle situation se répète. De plus, des mesures de soutien doivent lui être proposées, s'il y a lieu. Cette information doit lui être donnée le plus tôt possible ou dès que son état le permet.

L'usager doit avoir été informé de tout accident avec conséquences. La réalisation de ces conséquences doit être certaine, même si celles-ci ne sont pas encore apparentes ou manifestes lors de la divulgation. En ce sens, les obligations liées à la divulgation ne concernent que les accidents dont la gravité se situe entre E1 et I (se référer au tableau 43 pour les définitions des indices de gravité compris dans cet intervalle).

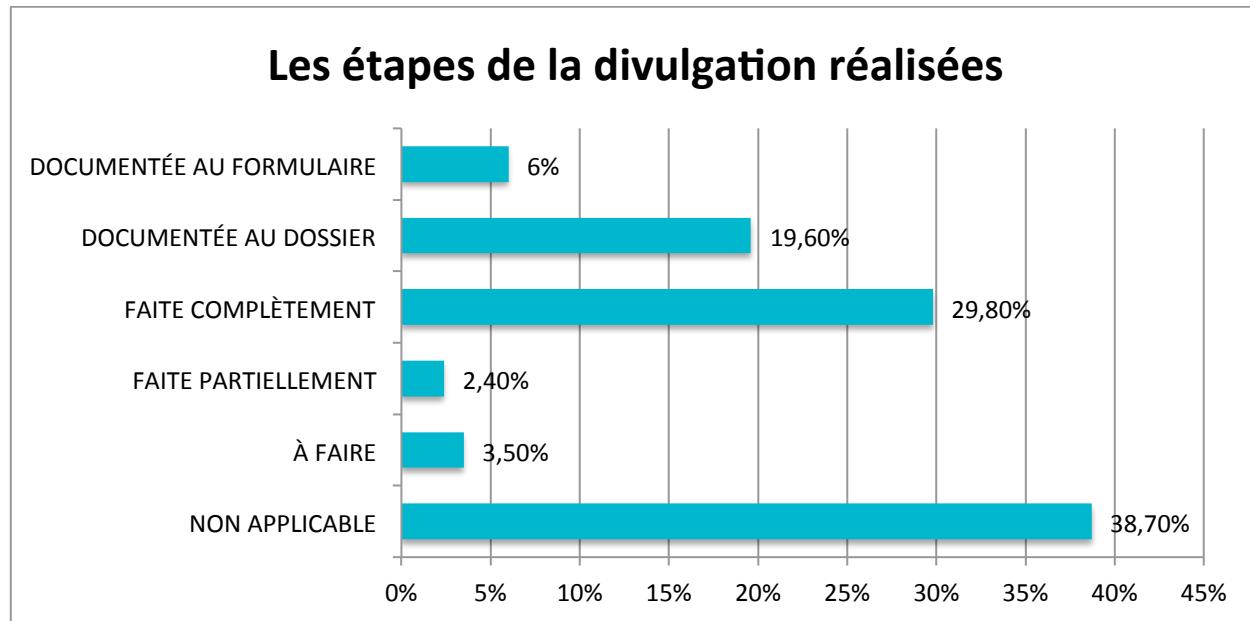
Un accident qui n'entraîne pas de conséquences pour l'usager n'est pas nécessairement divulgué. Certains établissements ont quand même choisi d'en informer l'usager. Quant aux événements qui ne touchent pas l'usager (les incidents), l'obligation de divulguer ne s'applique pas.

Étapes de la divulgation réalisées

Il arrive que la divulgation ne puisse se faire d'un seul coup (divulgation partielle). En effet, il n'est pas rare d'être incapable de divulguer la totalité de l'information peu de temps après la survenue de l'événement (la nature de ce qui s'est passé, les moyens pris pour en contrer les conséquences, les mesures mises en place pour éviter la récurrence et les mesures de soutien à offrir). Par contre, certaines informations sont accessibles et permettent de faire une divulgation partielle. Cependant, une analyse plus détaillée est souvent nécessaire pour déterminer les causes de l'événement et les mesures de prévention à mettre en place pour en éviter la récurrence.

La figure 40 illustre bien ces nuances. Selon cette figure, pour 35 % des événements, une divulgation est à faire ou a été faite complètement ou partiellement, tandis que dans 39 % des cas, la divulgation n'était pas obligatoire. La figure 40 révèle également que dans 26 % des cas, la divulgation a été documentée soit au formulaire, soit au dossier de l'usager.

Figure 40 : Étapes de la divulgation réalisées

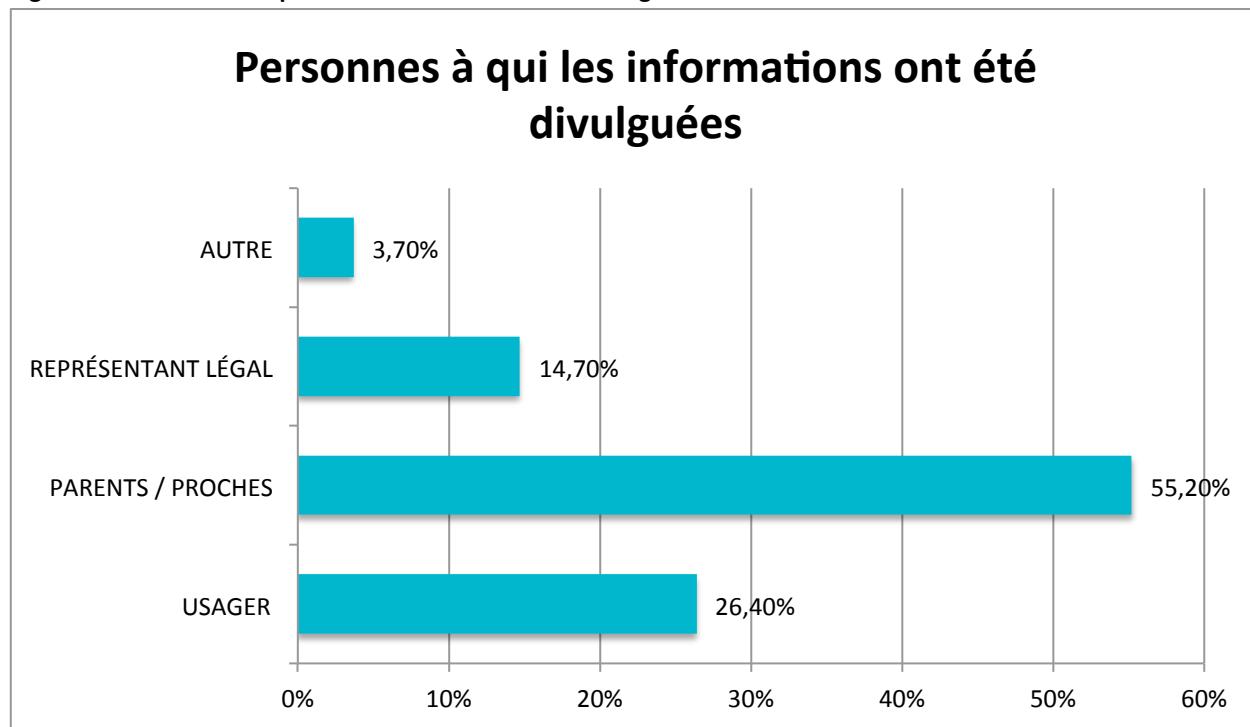


Personnes à qui les informations ont été divulguées

Comme il a été mentionné précédemment, c'est à l'usager que la divulgation doit être faite³¹. Cependant, compte tenu de son état, d'autres personnes peuvent exercer ce droit d'être informé. La figure 41 illustre, sous forme de proportions, les personnes à qui les informations relatives à l'événement ont été divulguées. On peut constater que pour plus de la moitié des événements, la divulgation a été faite à un parent ou à un proche de l'usager, tandis que pour 26 % des événements, les informations ont été divulguées directement à l'usager.

³¹ *Op. cit.*, Note 7, art. 8.

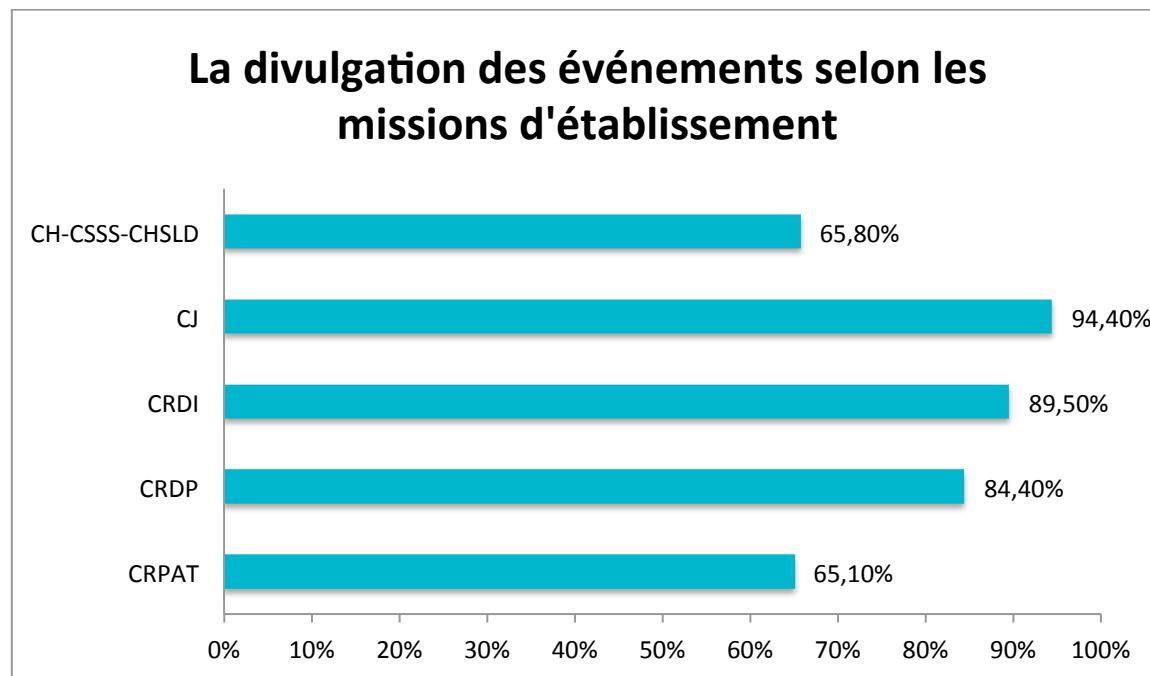
Figure 41 : Personnes à qui les informations ont été divulguées



Divulgation des événements selon les missions d'établissement

La figure 42 présente la proportion des événements divulgués par mission d'établissement. Les CJ sont les établissements qui divulguent presque la totalité des événements survenus (94,4 %). Les CRDI et les CRDP affichent respectivement un taux de divulgation de 89,5 % et 84,4 %. La divulgation au sein des CH-CSSS-CHSLD et des CRPAT semble se faire de manière moins automatique, puisque ces missions présentent un taux de divulgation de seulement 65 %.

Figure 42 : Proportions des événements divulgués par mission d'établissement



Total des accidents de gravité E1 à I divulgués

Des 179 011 événements déclarés entre le 1^{er} avril et le 30 septembre 2011, 116 657 sont des accidents. De ce nombre, 26 742 sont des accidents de gravité E1 à I et doivent être divulgués. Au total, 17 609 de ces accidents ont été divulgués (tableau 45).

Tableau 45 : Total des accidents de gravité E1 à I divulgués

	NB	%
ACCIDENT	17 609	65,85
TOTAL	26 742	100,0

Discussion des résultats

Ce rapport constitue le premier rapport semestriel des incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins de santé, et le registre national des incidents et accidents en est à sa première exploitation. Les données de ce rapport doivent donc être interprétées dans ce contexte.

Les résultats de cette première exploitation reflètent fort probablement une sous-déclaration explicable par l'implantation graduelle du système et la participation progressive des établissements. En effet, on constate que pour plus de 80 établissements, les données transmises pour la période visée sont incomplètes. L'analyse des données nous a également permis d'observer certaines disparités dans la manière de compiler les informations relatives aux événements survenus. Une augmentation du nombre de déclarations est donc à prévoir pour les prochains rapports semestriels, puisque des efforts seront consentis afin de pallier ces situations : suivi des établissements qui ne participent pas ou dont les données sont incomplètes, améliorations à apporter quant au transfert des données et au processus d'homologation des applications locales, sensibilisation des gestionnaires de risques afin d'améliorer la compréhension des définitions et, par le fait même, des informations qui doivent être inscrites à chacune des sections du formulaire.

Le fait que les incidents ne représentent que 9,9 % du total des déclarations nous laisse supposer qu'ils ne sont pas déclarés de manière optimale. Effectivement, on devrait s'attendre à un rapport d'incidents-accidents pour le moins inversé. Seules les données de la région de l'Estrie indiquent une proportion du nombre d'incidents déclarés nettement supérieure à celle du nombre d'accidents. Le sous-signalement des incidents au Québec apparaît donc significatif. Bien souvent, la déclaration et l'analyse de ces incidents permettent la mise en place de mesures correctives et limitent les risques qu'un événement de même nature, mais de gravité plus élevée, se produise. La déclaration des incidents revêt son importance, et un exercice de sensibilisation devra également être fait à cet égard.

Selon les incidents et les accidents déclarés, certaines tendances sont observées quant aux types d'événements les plus fréquents dans le réseau de la santé et des services sociaux du Québec. Les constats réalisés concordent avec la littérature et certaines études menées antérieurement (rapport Francoeur). En effet, les chutes et les erreurs liées à la médication représentent plus de 65 % des événements déclarés dans la période visée par ce rapport. De la même façon, les données selon le groupe d'âge des usagers révèlent que plus de la moitié des événements survenus touchent des usagers âgés de plus de 75 ans. Ces tendances soulèvent des préoccupations importantes, puisque selon certaines projections démographiques de

l’Institut de la statistique du Québec³², la population des personnes âgées de 65 ans et plus devrait augmenter de 80 % entre 2011 et 2031, dépasser en nombre les 2,2 millions et représenter plus du quart de la population. Ce faisant, il est possible d’estimer une augmentation considérable de la consommation des services de santé et des services sociaux par cette population.

La majorité des événements déclarés proviennent des missions CH et CHSLD ainsi que des régions de Montréal, de la Montérégie et de la Capitale-Nationale. Ces régions regroupent plus de 50 % de la population du Québec ainsi que plus de la moitié des établissements. Également, les CH et les CHSLD sont des établissements qui affichent un volume de soins très élevé, et les soins et services qui y sont offerts sont souvent spécialisés (CH).

L’analyse des données concernant l’indice de gravité des événements révèle une prédominance d’accidents sans conséquences pour la personne (29,10 %), d’accidents pour lesquels des tests et des examens sont nécessaires pour vérifier la présence de conséquences (21,20 %) et d’accidents résultant en des conséquences temporaires n’exigeant que des interventions non spécialisées ou des premiers soins (12,20 %).

Enfin, selon les informations relatives à la divulgation, les CJ divulguent presque la totalité des événements survenus (94,4 %). Aussi, au sein des CH-CSSS-CHSLD et des CRPAT, la divulgation semble se faire de manière moins automatique, puisque ces missions présentent un taux de divulgation observé de 65 %.

Il faudra attendre les résultats des prochains rapports semestriels pour voir si ces tendances se maintiennent.

³² Institut de la Statistique du Québec, *Perspectives démographiques du Québec et des régions, 2006-2056*, édition 2009. Scénario A-Référence.

Conclusion

Après ce premier exercice, il est possible de conclure que le système de déclaration des incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et services de santé fonctionne bien. Toutefois, un travail de sensibilisation reste à faire. Une sensibilisation du personnel, des professionnels, des administrateurs et des médecins doit se poursuivre afin que tous saisissent bien l'importance de la tenue des registres local et national pour l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et des services. Les données contenues dans ces registres constituent une source d'information fort utile pour définir les pistes d'amélioration à apporter à l'échelle de l'établissement, mais également à l'échelle provinciale. Une sensibilisation est également à faire auprès des conseils d'administration des établissements afin que la gestion des risques devienne un levier important pour améliorer la qualité des soins et des services offerts à la population dans leur milieu.

Bibliographie

Institut de la santé publique du Québec, *Un portrait de la santé des Québécois de 65 ans et plus*, Québec, 2003.

Institut de la statistique du Québec, *Estimation de la population des régions administratives selon le groupe d'âge et le sexe*, Québec, 2010, Consulté en ligne à l'URL : <http://www.stat.gouv.qc.ca>

Institut de la statistique du Québec, *Perspectives démographiques du Québec et des régions, 2006-2056*, édition 2009, Scénario A-Référence.

Institut de la statistique du Québec, Population par année d'âge et par sexe, Québec, 2011, Consulté en ligne à l'URL : <http://www.stat.gouv.qc.ca>

Institute of Medicine, *To Err is Human : Building a Safer Health System*, Washington (D.C.), National Academy Press, 1999.

Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux, L.Q. 2002, chapitre 71.

Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris, L.R.Q., chapitre S-5.

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

Ministère de la Santé et des Services sociaux, Comptes de la santé 2008-2009 à 2010-2011, Québec, février 2011.

Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de la qualité, *Lignes directrices à l'intention du réseau de la santé et des services sociaux*, septembre 2011.

Ministère de la santé et des Services sociaux, *I-CLSC : base de données sur la clientèle et les services des CLSC*, 2009-2010.

Ministère de la Santé et des Services sociaux, *La gestion des risques, une priorité pour le réseau*, rapport du Comité ministériel sur les accidents évitables dans la prestation de soins de santé, Québec, février 2001, 130 p.

ANNEXE 1



SYSTÈME D'INFORMATION SUR LA SÉCURITÉ DES SOINS ET SERVICES

LIGNES DIRECTRICES À L'INTENTION DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Direction de la qualité

Direction générale de la planification, de la performance et de la qualité

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Novembre 2011

**SYSTÈME D'INFORMATION SUR LA SÉCURITÉ DES SOINS ET SERVICES
LIGNES DIRECTRICES À L'INTENTION DU RÉSEAU DE LA SANTÉ
ET DES SERVICES SOCIAUX**

1. PRÉAMBULE.....	4
2. LES DÉFINITIONS	5
Accident :	5
Complication :	6
Conséquences :	7
Déclaration :	8
Divulgation :	8
Échelle de gravité :	9
Incident :	9
Inconvénient :	10
Indemnité :	11
Mesures de soutien :	11
Prestation de soins et de services :.....	12
Risque :	13
Usager admis :	14
Usager enregistré :	14
Usager inscrit :.....	14
3. LA DÉCLARATION DANS LES RESSOURCES NON INSTITUTIONNELLES	15
Exclusion	15
Qui déclare ?	15
Que déclare-t-on ?	15
À qui doit-on acheminer la déclaration ?.....	16
Trajectoire du formulaire AH-223 lors d'un événement dans une ressource non institutionnelle (RNI) .	17

4. QU'EST-CE QU'ON DÉCLARE ?.....	18
Soins à domicile	18
Événements répétitifs	18
Automédication en institution.....	19
Quand la condition de la personne génère la situation.....	19
Lors de l'application de mesures de contrôle	19
Événements qui touchent plusieurs usagers mais dont les conséquences potentielles sont inconnues	19
Les situations pouvant générer une double déclaration	19
Lorsqu'un événement implique des partenaires	20
Lorsqu'un événement sentinelle implique plus d'un établissement	20
Les rapports du coroner	20
ANNEXE I.....	21

1. PRÉAMBULE

En décembre 2002, le projet de loi sur la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux¹ était adopté et venait modifier la Loi sur les services de santé et les services sociaux.² Ces amendements visaient à ajouter la sécurité aux exigences de qualité et de conformité aux normes scientifiques des soins et des services prodigués aux usagers de tous les établissements du réseau.

Les travaux nécessités par la mise en place du registre national sur la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux (RNIASSSS) ont mis au jour des différences d'interprétation de certains termes qu'il fallait rectifier afin d'assurer la validité et la fiabilité des données recueillies pour la constitution du registre national sur la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux. L'utilisation d'une version du formulaire AH-223, spécifique à chaque mission, a également contribué à l'émergence de ces interprétations différentes en lien avec les spécificités de leur clientèle et de leurs activités. S'est aussi ajouté un vocabulaire relié à la gestion des événements.

Cette constatation a amené la Direction de la qualité du MSSS à réviser la position émise en 2006 quant à la portée des définitions des termes «accident» et «incident» et ce document est joint comme Annexe 1.³ Par les présentes lignes directrices, nous souhaitons préciser l'interprétation à donner de certains termes et la portée de ces définitions. Les notes explicatives apparaissant à la suite des termes définis, viennent soit apporter une clarification, soit expliciter la portée de la définition. Conséquemment, les définitions données aux termes ci-après sont celles utilisées dans tous les documents du MSSS ayant trait à la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux.

L'interprétation et la portée de ces définitions sont applicables au contexte de la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux. Mises dans un autre contexte, elles pourraient recevoir une interprétation et une portée différentes.

¹ Projet de loi N°113 : *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux.*

² *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., c. S-4.2.

³ MSSS, *Position du MSSS sur l'interprétation des mots «accident» et «incident»*, Direction de la qualité, septembre 2011.

2. LES DÉFINITIONS

N.B. Les définitions données aux termes ci-après sont celles utilisées dans tous les documents du MSSS ayant trait à la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux.

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. »⁴

Note : Le libellé de l'article 8 définissant ce terme apporte des nuances importantes (les soulignés sont de nous) qui viennent encadrer la définition qu'on retrouve à la fin de l'article :

« [...]

Il a également le droit d'être informé 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.

...] »

Ce n'est qu'après cette précision que la définition citée plus haut est ajoutée.

Considérant l'article 8 dans son ensemble et l'emploi du conditionnel «pourrait être à l'origine...» dans la définition, le MSSS a révisé sa position et considère comme un accident, toute situation qui a touché l'usager, que celle-ci ait donné lieu à des conséquences ou non pour l'usager. Il y aura donc des accidents avec ou sans conséquences.

Il y a dans un accident, un caractère d'imprévisibilité qui le distingue de la complication. Par contre, tant l'accident que la complication sont des événements indésirables. Toutefois, il y a dans l'accident des éléments reliés aux processus de l'établissement, qui le rendent évitable.

Deux questions peuvent être utiles pour distinguer une complication d'un accident : quel est ou quels sont les processus de l'établissement en cause dans cet événement ? Quelles mesures de prévention l'établissement aurait pu mettre en place pour empêcher qu'un tel événement se produise ?

Si l'on ne peut répondre à l'une ou l'autre de ces questions, il y a fort à parier que la situation n'est pas un accident et ne relève donc pas de la gestion des risques. Voir la définition de «complication» pour des exemples.

⁴ *Op. cit.*, Note 2. art. 8.

Même si la définition prévoit s'appliquer au personnel, c'est le secteur de la santé et de la sécurité du travail qui gère les accidents de travail dont sont victimes les employés. C'est donc dire que lorsqu'un employé est victime d'un accident dans le cadre de l'exercice de ses fonctions ou sur les lieux de son travail, ce ne sont pas les dispositions de la Loi sur les services de santé et les services sociaux qui s'appliquent. Il faut alors se référer à la définition de l'accident selon les lois s'appliquant au contexte du travail.⁵ Ce type d'événement n'est pas, non plus, du ressort du secteur gestion des risques de l'établissement en ce qui a trait à l'enquête et à l'analyse de l'événement. C'est habituellement la direction des ressources humaines qui gère ce type d'événements.

L'expression «professionnel concerné» s'applique à toute personne qui est membre d'un ordre professionnel reconnu par le Code des professions⁶ ou qui exerce les activités reconnues aux professions à titre réservé, quel que soit le lien juridique qui les relie à l'établissement. Ceci inclut les médecins et dentistes qui ne sont pas des employés de l'établissement et qui n'ont pas de contrat avec l'établissement, mais qui y pratiquent en vertu de priviléges qui leur sont octroyés par le conseil d'administration. Sont également inclus dans cette catégorie, les professionnels qui ont un statut de contractuel, les professionnels engagés par des agences qui, elles, ont un contrat de services avec l'établissement.

Quant au tiers, il s'agit de toute autre personne qui n'est ni un usager, ni un employé, ni un professionnel concerné : visiteur, bénévole, stagiaire, contractuel non professionnel, fournisseur, etc.

Complication :

« État pathologique survenant lors de l'évolution d'une maladie dont il aggrave le pronostic. »⁷

Note : Dans le cadre de l'application des dispositions de la Loi sur la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux, les complications ne sont pas considérées comme des accidents⁸. Elles peuvent prendre la forme d'effets secondaires ou de réactions indésirables. Les complications sont habituellement prévisibles, documentées dans la littérature et la possibilité qu'elles se développent devraient normalement faire partie de l'information donnée à l'usager pour obtenir un consentement éclairé pour un examen ou un traitement. Elles constituent des risques inhérents liés aux traitements ou aux tests que l'usager a accepté de subir.

Lors de l'administration de médicaments, il est possible que l'usager fasse une réaction allergique. Si, au moment de l'administration du médicament, la présence d'allergie est inconnue de l'usager et de l'équipe soignante, il s'agit d'une complication; si elle est notée au dossier et qu'on en a pas tenu compte, il s'agit d'un accident.

⁵ Loi sur les accidents de travail et les maladies professionnelles, L.R.Q., A-3.001 et Loi sur la santé et la sécurité du travail, L.R.Q., S-2.1.

⁶ Code des professions, L.R.Q., c. C-26.

⁷ Petit Larousse de la médecine, Édition 2007, p. 203.

⁸ Voir la section « Procédure générale d'utilisation » dans le Guide d'utilisation du rapport de déclaration d'incident ou d'accident – AH - 223 annexé à chaque formulaire.

Dans d'autres contextes, on doit procéder à une certaine analyse avant de pouvoir déterminer s'il s'agit d'une complication. Par exemple, un usager qui, au moment d'un infarctus, fait une chute qui lui cause des blessures. Dans ce contexte, la chute est un événement indésirable découlant de l'infarctus et devra donc être traitée comme une complication et non comme un accident, car il n'y a aucun processus en cause dans cet événement ni aucune prévention possible. C'est donc dire que cette chute ne devrait pas faire l'objet d'une déclaration.

Complication, également, la situation où un usager diabétique présente un comportement agressif lors du débalancement de son diabète. Il n'y a pas lieu de déclarer pareil événement. Cependant, la note au dossier est obligatoire.

Dans toutes ces situations, si la déclaration a été faite avant l'analyse des causes de l'événement qui a conclu à une complication, cette déclaration ne devrait pas être comptabilisée comme un accident.

Dans le contexte des interventions autres qu'en santé physique (psychosociales, santé mentale, etc.) la complication pourrait prendre l'aspect de l'aggravation prévisible d'une situation dont les risques étaient connus.

Par exemple, un usager connu pour avoir des comportements agressifs et qui, lors d'un épisode de décompensation, devient agressif ce qui nécessite qu'on lance le code blanc⁹. Il s'agit, ici, d'une détérioration de son état, donc d'une complication et non d'un accident. Le code blanc est une réponse clinique à un problème clinique.

Là encore l'utilisation des deux questions (Quel est ou quels sont les processus de l'établissement en cause dans cet événement? Quelles mesures de prévention l'établissement aurait pu mettre en place pour empêcher qu'un tel événement se produise?) peuvent servir à distinguer l'accident de la complication.

Une réflexion plus poussée est à faire quant aux diverses formes que peuvent prendre les complications dans le contexte de prestation de services psychosociaux.

Conséquences :

« Impacts sur la santé ou le bien-être de la personne victime de l'accident. »¹⁰

Note : La présence de conséquences découlant d'un accident dont l'usager est la victime, est le critère qui amène l'obligation de divulgation prévue dans la LSSSS.

Ces conséquences doivent découler directement de l'accident et être associées à une prestation de soins de santé ou de services sociaux. C'est donc, soit le plan d'intervention ou des gestes posés ou omis durant cette prestation de soins ou de services ou encore, des processus de l'établissement qui sont en cause et qui sont à l'origine de ces impacts.

⁹ Terminologie standardisée et utilisée (codes d'alerte) dans le cadre des Plans de mesures d'urgence en vigueur dans tous les établissements du réseau de la santé et des services sociaux.

¹⁰ Regroupement des programmes d'assurance de dommages du réseau de la santé et des services sociaux, *Manuel de gestion des risques du réseau de la santé et des services sociaux*, édition 2006, AQESSS., Montréal, p. 4.3.

Ces conséquences doivent être réelles et non hypothétiques. Leur réalisation certaine se doit d'être immédiate ou prévisible à court, moyen ou long termes.

Ces impacts peuvent être tout autant ceux observés par le déclarant (Section 5 du formulaire de déclaration AH-223-1) que ceux documentés lors de l'analyse de l'accident faite par la personne responsable [Section «Conséquence(s) réelle(s), actuelle(s) ou appréhendée(s)» du formulaire d'analyse AH-223-2]. Elles peuvent donc évoluer dans le temps, passer de bénignes à sérieuses et être l'objet d'une réévaluation.

Par exemple, l'usager qui n'avait que des douleurs suite à une chute et chez qui on diagnostique, quelques jours plus tard, une fracture découlant de cette chute, verra le niveau de gravité des conséquences être ajusté lors de l'analyse.

Veuillez noter que les conséquences doivent être distinguées de « l'inconvénient ». (voir ce terme)

Déclaration :

« Action de porter à la connaissance de l'organisation au moyen du formulaire AH-223, et selon la procédure établie par l'établissement, tout accident et tout incident constaté par un employé, un professionnel qui exerce sa profession dans le centre, un stagiaire ou toute personne qui, en vertu d'un contrat, dispense des services aux usagers de cet établissement. »¹¹

*Note : L'utilisation du formulaire de déclaration (AH-223-1) est **obligatoire** pour tous les établissements quel que soit le support utilisé (papier ou informatique). Des versions du formulaire adaptées à chaque mission ont été développées à cette fin. L'établissement doit prévoir une politique sur la gestion de ce formulaire dans laquelle seront déterminées les modalités et les responsabilités des diverses personnes devant intervenir dans le processus.*

Dans le cas des établissements ayant des contrats de services avec des ressources externes pour l'hébergement de leurs usagers (RNI)¹², il doit être prévu dans la politique de l'établissement sur l'utilisation et la gestion du formulaire AH-223, la façon de procéder dans ces ressources externes et les modalités de transmission du formulaire et de suivi de ces événements. Voir la section « La déclaration dans les ressources non institutionnelles » du présent document.

Divulgation :

« Action de porter à la connaissance de l'usager ou de ses proches, toute l'information nécessaire relative à un accident subi par cet usager et à l'origine de conséquences pour lui. On doit également divulguer les mesures prises pour en contrer les conséquences et éviter la récurrence d'un tel accident. Cette divulgation doit être faite à l'usager, le plus tôt possible ou dès que son état le permet, ou au représentant d'un usager majeur inapte, ou, en cas de décès de l'usager, aux

¹¹ Op. cit., Note 2, art. 233.1.

¹² Ressources non institutionnelles: ressources de type familial (RTF), résidences d'accueil (RA) et ressources intermédiaires (RI).

personnes prévues par la loi. On doit également, si la situation le requiert, proposer à l’usager ou à ses proches des mesures de soutien, incluant les soins appropriés, sans pour autant admettre une responsabilité dans les événements survenus.»¹³

Note : *C'est la présence de conséquences découlant d'un accident subi par un usager qui amène l'obligation de divulgation prévue dans la LSSSS.*

La loi impose au conseil d'administration de l'établissement d'élaborer un règlement sur la divulgation à faire suite à un accident à l'origine de conséquences pour un usager.

Lorsque l'usager n'a subi aucune conséquence, le divulgation devient facultative et il appartiendra à l'établissement d'en déterminer les modalités.

La divulgation peut se faire en plusieurs étapes compte tenu que toute l'information à donner dans le cadre de cette divulgation ne sera probablement pas disponible dans les heures qui suivent l'événement.

Un formulaire pour la divulgation (AH-223-3) est également disponible. L'établissement doit prévoir dans son règlement sur la divulgation ou dans sa politique en application de ce règlement, si le formulaire sera utilisé et en déterminer les modalités.

Échelle de gravité :

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

Note : *Il s'agit d'un outil développé à l'origine pour les erreurs de médicaments¹⁴ et qui a été traduit et adapté au contexte de la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux au Québec. Elle compte 10 niveaux de gravité répartis soit en fonction des conséquences réelles ou prévisibles ou soit en fonction de la nature et du niveau des interventions requises pour faire face aux conséquences de l'événement. (Voir le terme «Inconvénients» pour l'utilisation des niveaux « C » et « D »).*

Bien qu'utile, cet outil ne prend pas en compte tous les paramètres reliés à la condition de l'usager.

Incident :

« [...] action ou [...] 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.»¹⁵

Note : *Selon la position révisée du MSSS, ne sont considérés comme **incidents** que les événements qui ne touchent pas l’usager mais qui doivent, quand même, être déclarés et faire l’objet de mesures de prévention car ils révèlent un dysfonctionnement des*

¹³ *Op. cit.*, Note 10, p. 4.3. La définition a été modifiée en fonction de la position du MSSS.

¹⁴ *National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCCMERP)*.

¹⁵ *Op. cit.*, Note 2, art. 183.2.

processus de l'établissement qui pourrait être à l'origine d'accident, s'ils atteignaient l'usager.

Même si la définition prévoit s'appliquer au personnel, c'est le secteur de la santé et de la sécurité du travail qui gère les situations à risques d'accident de travail dont pourraient être victimes les employés. C'est donc dire que lorsqu'un employé constate une situation qui constitue un risque d'accident de travail dont pourrait être victime un employé dans le cadre de l'exercice de ses fonctions ou sur les lieux de son travail, ce ne sont pas les dispositions de la Loi sur les services de santé et les services sociaux qui s'appliquent. Il faut alors se référer aux dispositions des lois s'appliquant au contexte du travail.¹⁶ Ce type d'événement n'est pas, non plus, du ressort du secteur gestion des risques de l'établissement en ce qui a trait à l'enquête et à l'analyse de l'événement. C'est habituellement la direction des ressources humaines qui gère ce type d'événements.

L'expression « professionnel concerné » s'applique à toute personne qui est membre d'un ordre professionnel reconnu par le Code des professions¹⁷ ou qui exerce les activités reconnues aux professions à titre réservé, quel que soit le lien juridique qui les relie à l'établissement. Ceci inclut les médecins et dentistes qui ne sont pas des employés de l'établissement et qui n'ont pas de contrat avec l'établissement mais qui y pratiquent en vertu de priviléges qui leur sont octroyés par le conseil d'administration. Sont également inclus dans cette catégorie, les professionnels qui ont un statut de contractuel, les professionnels engagés par des agences qui, elles, ont un contrat de services avec l'établissement.

Quant au tiers, il s'agit de toute autre personne qui n'est ni un usager, ni un employé, ni un professionnel concerné : visiteur, bénévole, stagiaire, contractuel non professionnel, fournisseur, etc.¹⁸

Inconvénient :

« désavantage inhérent à une chose qui, par ailleurs, est ou peut être bonne. »¹⁹ ou le synonyme : « désagrément »²⁰

Note : Ce terme apporte une nuance au terme « conséquence » utilisé pour qualifier les impacts qu'a eus un événement pour un usager. Il est relié à l'échelle de gravité. L'échelle de gravité a été conçue à l'origine pour mesurer les conséquences subies par un usager suite à une erreur de médicaments. Dans l'outil original, on emploie, pour décrire ces conséquences, le terme « harm » qu'on traduit par « faire du tort à – faire du mal à – nuire à ». ²¹ Il y a donc une notion de dommages causés à l'usager accolée aux divers niveaux de cette échelle.

Il est important de faire cette distinction, car le fait de devoir procéder à des examens ou à des tests diagnostiques pour vérifier la présence ou non de conséquences répond plus à

¹⁶ Op. cit., Note 5.

¹⁷ Op. cit., Note 6.

¹⁸ Op. cit., Note 3.

¹⁹ Le Petit Robert de la langue française, Édition 2006, p. 1339.

²⁰ De Villers, M.-E., Le Multi dictionnaire de la langue française, Édition 2010, Montréal, p. 503.

²¹ Le Robert & Collins Senior – Dictionnaire anglais-français, 6^e édition, 2002, Royaume-Uni, p. 1550.

la définition d'inconvénient que de blessure ou de dommage. Tout comme il existe des situations cliniques qui demandent que l'on vérifie à l'aide d'examen que la technique a été bien faite et que le dispositif est bien installé : cathéter intracardiaque, positionnement de certaines tubulures, etc. Il est, en effet, avantageux pour l'usager que ces vérifications soient faites, même si ces procédures, auxquelles il doit consentir, lui causent de l'inconfort ou des désagréments. S'il y a présence de conséquences, on pourra réagir adéquatement et rapidement.

Il n'est donc pas pertinent de considérer ces interventions comme des conséquences.

L'utilisation des niveaux « C » et « D » de l'échelle de gravité s'en trouve simplifiée. En effet, si aucune conséquence n'a été décelée suite à ces interventions ou si présence de conséquences tellement mineures qu'elles ne requièrent même pas des premiers soins, on évaluera l'accident à « C ».

Si, par contre, suite à ces examens, tests ou autres vérifications, on a dû procéder à des modifications du plan d'intervention pour prévenir l'apparition de conséquences, on aura des accidents de niveau « D ».

Indemnité :

« Somme accordée en compensation de frais engagés, en réparation d'un préjudice. »²² ou « Ce qui est attribué à [quelqu'un] en réparation d'un dommage, d'un préjudice, ou de la perte d'un droit. »²³

Note : L'utilisation de ce terme dans le contexte de la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux doit être réservée aux sommes accordées, soit par le tribunal, soit par les assureurs, en réparation des dommages causés à l'usager suite à une faute professionnelle ou autre. L'indemnité a pour but de compenser l'atteinte à l'intégrité physique ou psychologique de la personne et les incapacités avec lesquelles elle demeurera. Elle peut aussi couvrir les dommages matériels qu'elle a aussi subis suite à l'événement (perte de revenus, perte d'objets personnels, etc.).

Lorsqu'un usager réclame pour de tels dommages, c'est à la Direction des assurances du réseau de la santé et des services sociaux, qu'il faut acheminer la demande. Si l'établissement traite pareille demande, il contrevient à ses obligations en vertu de son contrat d'assurance responsabilité à moins que la somme réclamée soit sous le seuil du montant de la franchise prévue à la police d'assurances de l'établissement.

Mesures de soutien :

« actions prises envers l'usager ou ses proches ou moyens mis à leur disposition pour atténuer les conséquences d'un accident. »²⁴

²² *Op. cit.*, Note 19, p. 874.

²³ *Op. cit.*, Note 20, p. 1343.

²⁴ *Op. cit.*, Note 10, p. 4.5

Note : Les mesures de soutien sont à distinguer de l'indemnisation ou de la réparation apportées suite à un dommage causé ou aux conséquences découlant d'un événement.

Les mesures de soutien sont des mesures de gestion de crise. Elles peuvent prendre plusieurs formes, sont temporaires et limitées dans le temps, doivent être proportionnelles aux conséquences et en fonction des ressources de l'établissement. De plus, elles doivent être offertes sans admission de responsabilité de la part de l'établissement. Il y a une différence entre offrir un billet de stationnement et rembourser du temps de travail perdu. Le premier est une mesure de soutien tandis que le deuxième est une indemnité. On devra tenir compte de cette distinction lors de l'évaluation des mesures de soutien à offrir.

Il est important, pour l'établissement, afin de préserver ses droits à titre d'assuré, de respecter les clauses de sa police d'assurance responsabilité qui lui interdit d'admettre toute responsabilité et de payer toute indemnité pour des dommages causés. Un moyen, présenté dans le Manuel de gestion des risques des établissements du réseau, a été mis à la disposition des établissements pour leur permettre de respecter, à la fois, les obligations de la loi en ce qui a trait aux mesures de soutien et les obligations de leur contrat d'assurances en tant qu'assuré.²⁵

Prestation de soins et de services :

« Action de fournir des soins et des services. »²⁶

Note : Il y a dans cette expression deux volets importants : une notion de durée dans le temps et la nature même de cette prestation.

Afin de bien définir ces deux volets dans l'esprit d'une prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux, il faut se référer à l'article de la loi qui y fait référence. Il s'agit de l'article 8 qui reconnaît à un usager d'être informé d'un accident qui lui est arrivé. Il se lit comme suit :

« [...] Il a également le droit d'être informé 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. [...].»

Il s'agit donc de soins ou de services qui ont été rendus car on précise que l'usager les a déjà reçus. On peut donc, sans se tromper, privilégier la notion d'épisode de soins qui peut être délimitée dans le temps. Même dans le cas d'un usager qui reçoit des services pour une condition chronique, la prestation de services peut être segmentée en épisodes de soins.

C'est donc dire que l'épisode de soins se termine avec le congé ou la fin de la prestation des services fournis pour une situation donnée. Même s'il y a plusieurs demandes de services qui se suivent, chacune a un début et une fin.

²⁵ *Id.*, Annexe B, p. B.16.

²⁶ *Op. cit.*, Note 19, p. 2062.

Quant à la nature des soins et services fournis, elle est constituée de deux éléments : d'une part, les services professionnels proprement dits qui sont, en partie, déterminés par la mission de l'établissement et le panier de services offerts et, d'autre part, les services souvent assimilés à des services d'hôtellerie, soit l'accueil, l'hébergement, s'il y a lieu, la garde des effets personnels de l'usager, la sécurité des lieux où les services sont rendus, la protection des renseignements personnels, etc.

Dans le contexte de la prestation sécuritaire, on peut considérer que le plan d'intervention ou le plan de soins individualisé, élaboré pour un usager en réponse à une demande de service, résume globalement ces deux aspects : le volet professionnel, identifiant les gestes à poser et le volet plus accessoire relié au contexte et aux autres services à fournir pour rendre possible la prestation professionnelle.

On peut donc considérer, pour les fins des présentes, que les événements à déclarer sont ceux se produisant dans le cadre de la prestation de soins et de services à un usager, lorsque l'usager est physiquement présent et cette prestation est délimitée par son plan d'intervention ou son plan de soins individualisé élaboré pour un épisode de soins donné.

Risque :

« Combinaison de la probabilité qu'une situation entraînant des conséquences se produise et de l'importance des conséquences pouvant en résulter. »²⁷

Note : Il existe plusieurs définitions du risque. Cette définition est la reformulation de la définition du terme « risque » utilisé par le ministère de la Sécurité publique,²⁸ et a l'avantage de tenir compte de l'importance des conséquences. Cette importance peut se traduire par la gravité des conséquences, mais aussi par la diversité de ces conséquences. Cette définition est préférable à celle qui avait cours jusqu'ici dans le réseau et qu'on retrouve dans le Manuel.²⁹

L'AQESSS propose dans son Guide de la gestion intégrée des risques, la définition suivante : un événement potentiel ou une situation susceptible de compromettre l'atteinte des objectifs poursuivis.³⁰

Cette définition n'est pas incompatible avec les buts poursuivis dans le cadre de la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux. Elle vise, toutefois, plus large que la gestion immédiate des accidents et des incidents et mise, comme moyen ultime de prévention, sur l'amélioration continue de la qualité de la gestion dans l'ensemble de l'établissement.

²⁷ MSSS, *Programme de formation sur le fonctionnement d'un comité de gestion des risques*, Québec, 2011.

²⁸ Ministère de la Sécurité publique, *Concepts de base en sécurité civile*, 2008, p. 6.

²⁹ *Op. cit.*, Note 10, p. 4.5.

³⁰ AQESSS, *Guide de la gestion intégrée des risques*, Montréal, 2011, p. 13.

Usager admis :

« Une personne est admise dans un établissement lorsque son état nécessite une hospitalisation ou un hébergement, que les formalités applicables sont remplies et qu'elle occupe un lit compris dans le nombre figurant au permis de l'établissement. »³¹

Note : Il est fréquent qu'on considère que quelqu'un est « hospitalisé » suite à un événement parce qu'il a été transporté à l'hôpital pour y subir des examens ou y recevoir des traitements. Lorsqu'on parle d'usager hospitalisé, c'est à la définition de l'usager admis, qu'il faut se référer, c'est-à-dire avoir été admis en bonne et due forme. Être sur une civière à l'urgence ne veut pas dire que cet usager a été admis. Pour être considéré admis, il faut qu'on attribue un numéro de lit, et que l'usager reçoive à la fois des services pour fins de diagnostic et des traitements.

Usager enregistré :

« Une personne est enregistrée dans un centre hospitalier ou un centre local de services communautaires lorsque, à la suite d'une ordonnance d'un médecin ou d'un dentiste, elle y reçoit des services externes pour fins de diagnostic médical ou dentaire.

[...] »³²

Note : Est enregistré l'usager qui, muni d'une ordonnance de son médecin, se présente au centre de prélèvements ou en imagerie médicale ou dans un autre service d'un établissement du réseau, pour passer des tests en vue d'obtenir les informations permettant de poser un diagnostic ou de vérifier l'efficacité d'un traitement ou l'évolution de son état.

Usager inscrit :

« Une personne est inscrite dans un établissement lorsqu'elle y reçoit des services qui ne nécessitent pas son hospitalisation ou son hébergement ou qu'elle n'occupe pas un lit compris dans le nombre figurant au permis de l'établissement. »³³

Note : Est inscrit, l'usager qui reçoit d'un établissement des traitements ou des services sans y être admis. Les soins d'un jour, les traitements reçus à l'urgence et en cliniques externes, la chirurgie d'un jour, les services donnés en centre de jour, les soins donnés à domicile, etc. tous ces services sont donnés à des usagers inscrits. Sont aussi inscrits, les usagers en ressources non institutionnelles qui y ont été placés par un établissement et qui reçoivent des services de cet établissement.

³¹ Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements, L.R.Q. S-5, r.5, art. 22.

³² Id., art. 20.

³³ Id., art. 21.

3. LA DÉCLARATION DANS LES RESSOURCES NON INSTITUTIONNELLES

Les lignes directrices dans cette section s'adressent aux ressources non institutionnelles (RNI) soit, les ressources de type familial (RTF), les résidences d'accueil (RA) et les ressources intermédiaires (RI), à l'établissement avec lequel elles sont en lien par contrat de services de même qu'à l'établissement où l'usager est inscrit, s'il ne provient pas du même établissement.

Exclusion : les résidences privées pour personnes âgées (RPPA) ne sont pas visées par les présentes lignes directrices, car elles ne sont pas des établissements au sens de la LSSSS. Elles doivent se référer, pour la déclaration des événements, au document de Certification des résidences privées pour personnes âgées³⁴ émis par le MSSS.

Qui déclare ?

Selon l'article 233.1 de la LSSSS, toute ressource qui, en vertu d'un contrat de services avec un établissement, héberge des usagers de cet établissement, doit déclarer tout incident et accident survenu à ces usagers.

Dans le cas où un établissement gère toutes les ressources non institutionnelles de la région, celles-ci sont tenues de déclarer les incidents et accidents survenus aux usagers qu'elles hébergent même si ceux-ci ne proviennent pas tous de l'établissement avec lequel elles ont le contrat de services. Voir le schéma de la « Trajectoire du formulaire AH-223 lors d'un événement dans une ressource non institutionnelle (RNI) ».

Tout comme le personnel des établissements, les employés ou le propriétaire de la RNI doivent déclarer sur le formulaire AH-223. Ceux-ci peuvent requérir, pour ce faire, l'aide de l'intervenant qui est en soutien à la ressource ou à l'usager.

Que déclare-t-on ?

Les incidents et accidents dont la personne responsable ou le personnel sur place ont eu connaissance ou qu'ils ont constatés et ce, le plus tôt possible après la constatation de ces événements (article 233.1 de la LSSSS).

³⁴ MSSS, « *Manuel d'application du Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité de résidence pour personnes âgées* », Annexe 10 – Guide d'intervention en cas d'incident ou d'accident, 2007.

À qui doit-on acheminer la déclaration ?

Pour les **accidents** (lorsque l’usager est touché avec ou sans conséquences) :

L’original (copie blanche) de la déclaration doit être versé au dossier de l’usager. C’est donc à l’établissement où l’usager est inscrit que doit être acheminé l’original de la déclaration. Celui-ci peut être aussi remis à l’intervenant de l’usager pour être versé au dossier de l’usager.

Pour la **copie jaune**, elle devra être transmise à l’établissement en contrat de services avec la RNI; les sections 1 à 8 complétées avec l’aide de l’intervenant en soutien à la ressource, si nécessaire. Les sections 9 à 12 devront être complétées par la personne responsable de la ressource avec l’aide de cet intervenant.

Dans toutes les situations, la déclaration doit être saisie dans le registre local de l’établissement octroyant le contrat de services et les mesures de prévention de la récurrence devront être supervisées par cet établissement.

Dans le cas où les mesures de prévention relèvent davantage du **plan d’intervention** de l’usager, il est souhaité que le gestionnaire de risque de l’établissement octroyant le contrat de services transmette une copie conforme de la déclaration (copie jaune) à l’établissement où l’usager est inscrit, afin que des mesures de prévention soient prises. L’établissement recevant une telle déclaration **ne doit pas la saisir** dans son registre local afin d’éviter une double déclaration pour un même événement.

Pour les **incidents** (lorsque l’usager n’est pas touché) :

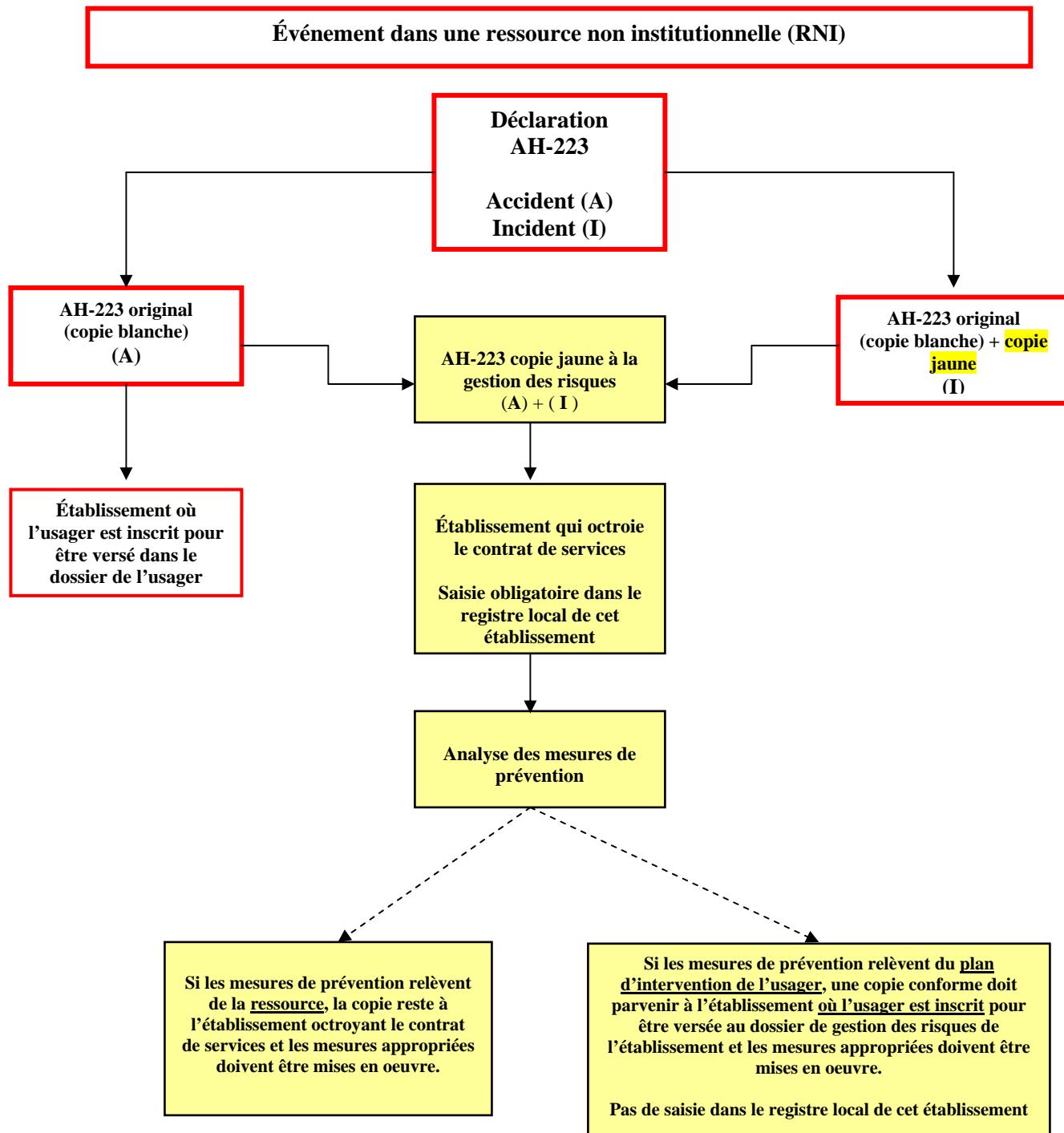
L’original (copie blanche) devra être transmis à l’établissement en contrat de services avec la RNI, les sections 1 à 8 complétées avec l’aide de l’intervenant en soutien à la ressource, si nécessaire. Les sections 9 à 12 devront être complétées par cet intervenant.

La **copie jaune** du formulaire AH-223 doit, dans le cas où les mesures de prévention relèvent davantage du **plan d’intervention** de l’usager, être envoyée, par le gestionnaire de risque de l’établissement octroyant le contrat de services, à l’établissement où l’usager est inscrit afin que des mesures de prévention soient prises.

L’établissement recevant une telle déclaration **ne doit pas la saisir** dans son registre local afin d’éviter une double déclaration pour un même événement. Il doit voir, cependant, à ce que des mesures de prévention soient mises en œuvre.

Dans toutes les situations, la déclaration doit être saisie dans le registre local de l’établissement octroyant le contrat de services.

Trajectoire du formulaire AH-223 lors d'un événement dans une ressource non institutionnelle (RNI)



Légende :

- Trajet obligatoire
- - - → Trajet selon la situation

4. QU'EST-CE QU'ON DÉCLARE ?

Tel que précisé dans la définition de « prestation de soins et de services », les événements à déclarer sont ceux se produisant dans le cadre de la prestation de soins et de services à un usager, lorsque l'usager est physiquement présent et cette prestation est délimitée par son plan d'intervention ou son plan de soins individualisé élaboré pour un épisode de soins donné.

SUGGESTION : Dans le but d'améliorer la qualité et la fiabilité des informations contenues dans le registre local des établissements, il est suggéré qu'une double validation de ces informations soit effectuée par le gestionnaire de risques ou par une personne formée et habilitée à le faire. Ainsi, tous les événements déclarés qui ne répondent pas à la définition d'incident ou d'accident pourront être rendues inactifs dans la base de données³⁵. De cette façon, ils n'apparaîtront pas dans les statistiques de l'établissement, ni dans le RNIASSSS.

Cette procédure contribuera à favoriser la culture de déclaration dans les établissements en n'exigeant pas des déclarants de départager cette information et assurera une validité et une normalisation de l'information contenue dans le registre local.

Qu'est-ce qu'on déclare ?	
Soins à domicile	Dans le cadre d'une prestation de soins ou de services à domicile, tout événement <u>survenu en présence d'un intervenant</u> doit faire l'objet d'une déclaration au moyen du formulaire AH-223. Dans toute autre situation, c'est par une note au dossier que l'information est portée à l'attention de l'équipe de soins.
Événements répétitifs	Par exemple : agressions entre usagers, automutilation, chutes répétitives, fugues, etc. Dans ces situations, doivent avoir été faits au préalable : 1) l'évaluation du risque pour l'usager; et 2) un plan d'intervention fait en fonction de ce risque. Le MSSS suggère qu'une déclaration soit faite seulement lorsque le plan d'intervention n'a pas été respecté ou que les conséquences sont différentes ou plus graves que celles découlant habituellement de ce type d'événement. Une note au dossier de l'usager justifiant l'application du plan d'intervention doit cependant être faite.

³⁵ Une demande d'amélioration de l'application Web du SISSS pour permettre cette fonction est en cours d'étude par le Comité de gestion de l'actif du SISSS.

Automédication en institution	L'usager est sous la responsabilité de l'établissement. En conséquence, le personnel doit s'assurer que l'automédication est prise selon l'ordonnance. Tous les événements reliés à l'automédication non respectée doivent être déclarés au même titre que les erreurs de médicament administré ou omis par le personnel.
Quand la condition de la personne génère la situation	Par exemple : état de santé est instable ou développement d'une complication. Le MSSS est d'avis que les événements liés à un état antérieur et non reliés directement à une prestation de soins ou de services (geste posé ou omis) ne devraient pas faire l'objet d'une transmission au registre national. Il en est de même pour les complications qui ne sont pas des accidents et qui n'ont pas à faire l'objet d'une déclaration.
Lors de l'application de mesures de contrôle	Le fait de devoir appliquer une mesure de contrôle n'est pas un accident en soi, c'est une réponse clinique à une situation clinique. Les seuls événements reliés aux mesures de contrôle qui doivent être déclarés dans le SISSS sont les blessures physiques ou psychologiques découlant de l'application des mesures de contrôle (isolement, contentions physiques, mécaniques ou chimiques)
Événements qui touchent plusieurs usagers mais dont les conséquences potentielles sont inconnues	Par exemple : problèmes d'équipement, de systèmes informatiques, les alertes et rappels de Santé Canada, de manufacturiers et autres fournisseurs, etc. Le MSSS recommande : 1) que l'événement soit déclaré comme une situation à risque et qu'un seul AH-223 global soit complété et conservé par le gestionnaire de risque; 2) qu'un registre incluant la liste des usagers (numéro du dossier) potentiellement touchés soit constitué afin d'assurer la traçabilité, le suivi et la gestion efficace de cet événement; 3) qu'un rapport de déclaration AH-223 soit rempli et versé au dossier de chaque usager présentant des conséquences découlant de cet événement. Attention : la date du rapport de déclaration doit alors être différente de la date de l'événement (date du AH-223 global). Porter une attention spéciale au « constat » de la section 2 du formulaire. Voir le Guide d'utilisation du rapport de déclaration – AH-223.
Les situations pouvant générer une double déclaration	Par exemple : événements touchant les actifs informationnels, infections nosocomiales, incidents et accidents transfusionnels (REIAT), événements liés au retraitement des dispositifs médicaux (RARDM) et les événements constatés ou survenus dans les laboratoires. Il est recommandé de s'assurer que le formulaire spécifique pour ce type d'événement soit dûment complété et acheminé à son responsable dans l'établissement. Le MSSS maintient qu'il n'est pas souhaitable de compléter dans ces cas, un rapport de déclaration AH-223, faisant de la sorte une double déclaration pour un même événement.

Lorsqu'un événement implique des partenaires	<p>Par exemple : pharmacies communautaires, transport adapté, transport ambulancier, etc.</p> <p>Tout événement doit être déclaré, à l'aide du formulaire AH-223, lorsqu'il est constaté par l'établissement ayant octroyé le contrat de services. L'original devra être versé au dossier de l'usager s'il est touché par l'événement. La copie jaune devra être acheminée au gestionnaire de risques.</p> <p>Lorsque aucun usager n'est touché par l'événement, les deux copies de la déclaration sont conservées par le gestionnaire de risques.</p> <p>Puisque ces informations sont de nature confidentielle, toute copie du rapport AH-223 doit rester à l'intérieur de l'établissement et ne devrait pas être transmise au partenaire. L'établissement doit, par contre, s'assurer que le partenaire est informé de l'événement et que des mesures de prévention seront mises en place pour éviter la récurrence.</p>
Lorsqu'un événement sentinelle implique plus d'un établissement	<p>Chaque établissement doit déclarer ses propres incidents et accidents. Chaque établissement doit faire une analyse approfondie de la défaillance de ses processus internes et mettre en place les correctifs appropriés.</p> <p>Le MSSS recommande :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) qu'une analyse conjointe soit faite des interfaces et des éléments qui ont contribué à la rupture du continuum de soins ou de services (communications, transferts, etc.) par tous les établissements impliqués. 2) que suite à cette analyse, un plan d'action conjoint soit élaboré et que des mesures de prévention convenues entre les parties soient mises en œuvre pour éviter un tel bris de continuum et la répétition de tels événements.
Les rapports du coroner	<p>Lorsqu'un rapport du coroner conclut que le décès est attribuable à un dysfonctionnement des processus de l'établissement ou à un geste posé ou omis, il y a lieu de procéder, si cela n'a pas été fait, à une déclaration en remplissant un rapport de déclaration AH-223.</p> <p>Les résultats de l'enquête et de l'analyse faites devront se traduire par des mesures de prévention visant à corriger les lacunes décelées.</p>

ANNEXE I



POSITION DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX SUR L'INTERPRÉTATION DES MOTS « ACCIDENT » ET « INCIDENT »

Dans la foulée des travaux sur le Système d'information sur la sécurité des soins et services (SISSS) et du Registre national des incidents et accidents (RNIASSS), la Direction de la qualité a révisé sa position sur l'interprétation des termes « accident » et « incident » inclus dans la loi.

En effet, la réflexion sur ces sujets, jumelée à l'expérience du réseau et à l'ambiguïté toujours présente au sujet des événements ayant touché l'usager sans être à l'origine de conséquences, a amené la Direction de la qualité à revoir la position prise en 2006.

C'est à l'article 8 de la LSSSS qu'on retrouve la définition du terme « accident ». Cependant, le libellé de cet article apporte des nuances importantes qui viennent encadrer la définition qu'on retrouve à la fin de l'article :

« Il a également le droit d'être informé 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. »
(les soulignés sont de nous)

Ce n'est qu'après cette précision que la définition du terme « accident » est ajoutée :

« [...] 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.»³⁶

Considérant l'article 8 dans son ensemble et l'emploi du conditionnel « pourrait être à l'origine de... » dans la définition du terme « accident », le MSSS considère comme un accident, toute situation qui a touché l'usager, que celle-ci ait donné lieu à des conséquences ou non pour l'usager.

Il y aura donc des accidents avec ou sans conséquences.

En ramenant sous le terme « accident » tous les événements qui touchent l'usager, on vient clarifier que dès que l'usager est touché, on doit, soit gérer les conséquences d'un tel événement, soit s'assurer qu'aucune conséquence n'en découlera.

L'interprétation illustrée par le schéma ci-joint, est tout à fait conforme aux libellés des articles de la loi et est également identique aux définitions utilisées pour les déclarations reliées aux accidents et incidents transfusionnels assurant ainsi une harmonisation dans l'interprétation des définitions des événements qui peuvent survenir dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux.

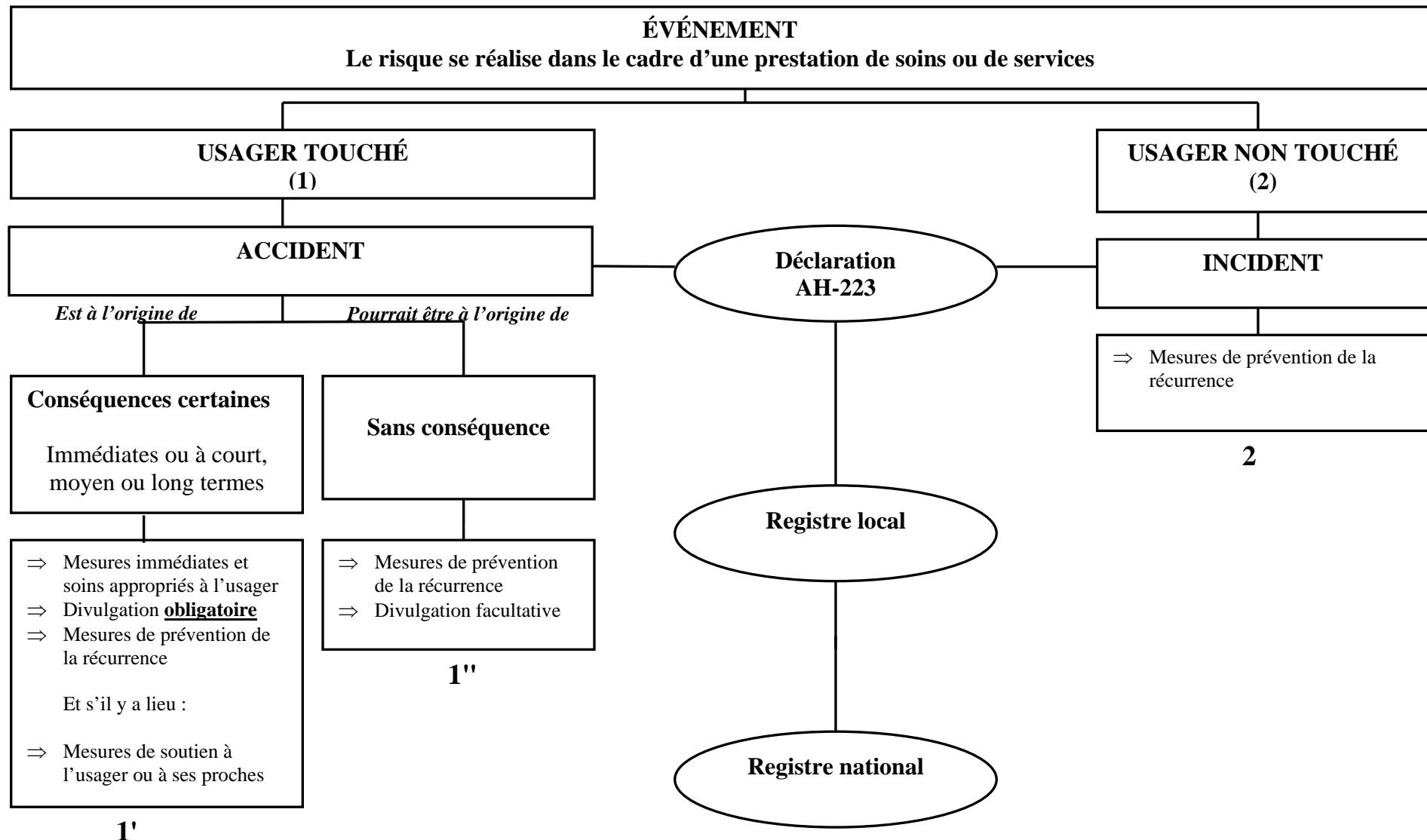
Direction de la qualité

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Septembre 2011

³⁶ *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., c. S-4.2, art. 8.

LE SCHÉMA DU TRAITEMENT D'UN ÉVÉNEMENT SELON LE MSSS



1. (1) et (2) doivent être déclarés
2. C'est la présence de conséquences qui amène la divulgation obligatoire
3. (1') et (1'') – formulaire à verser au dossier de l'usager
4. (2) – formulaire à conserver en gestion des risques
5. (1') et (1'') font l'objet d'un avis à l'assureur selon les modalités fixées par lui
6. Échelle de gravité : (1') = de E à I (1'') = C et D (2) = A et B