



**Ministère de la Santé
et des Services sociaux**

Déclaration des incidents et des accidents

Lignes directrices

RÉDACTRICES

Madame Geneviève Roberge
Conseillère à la qualité
Direction de l'éthique et de la qualité

Madame Michelle Dionne
Consultante
Direction de l'éthique et de la qualité

Madame Marie-Claude Laferrière
Conseillère à la qualité
Direction de l'éthique et de la qualité

COLLABORATRICES

Madame Lynda Fortin
Directrice générale adjointe
Direction générale adjointe de la qualité

Madame Marie-Josée Asselin
Directrice
Direction de l'éthique et de la qualité

Madame Brigitte Bouchard
Conseillère à la qualité
Direction de l'éthique et de la qualité

Madame France Laverdière
Conseillère à la qualité
Direction de l'éthique et de la qualité

Madame Isabelle Paquet
Secrétaire
Direction de l'éthique et de la qualité

Madame Marie-France LeBlanc
Révisseuse linguistique

REMERCIEMENTS

Madame Annie Blanchette
CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

Monsieur Stéphane Charbonneau
CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Madame Chantal Charette
CISSS de la Montérégie-Centre

Madame Layal Jarjous
CHUM

Madame Marie-Claude Laflamme
CISSS de Laval

Madame Marie-Kim Lavoie
CIUSSS de la Capitale-Nationale

Madame Judith Lelièvre
CIUSSS de l'Estrie-CHUS

Madame Marie-Andrée Morin
CISSS du Bas-Saint-Laurent

Madame Danielle Paquin
CISSS de la Montérégie-Ouest

Madame Josée Simard
CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean

ÉDITION

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

Le présent document est disponible uniquement en version électronique à l'adresse :
www.msss.gouv.qc.ca section **Publications**.

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

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2020
Bibliothèque et Archives Canada, 2020

ISBN : 978-2-550-87208-5 (version PDF)

Les photographies contenues dans cette publication ne servent qu'à illustrer les différents sujets abordés. Les personnes y apparaissant sont des figurants.

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.

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------|-----|
| LISTE DES SIGLES | iii |
| INTRODUCTION | 1 |
| 1. OBLIGATIONS LÉGALES | 3 |
| 2. OBJECTIFS | 4 |
| 3. TERMES ET DÉFINITIONS | 5 |
| 3.1. Risque | 5 |
| 3.2. Circonstance | 5 |
| 3.3. Événement indésirable et évitable..... | 5 |
| 3.4. Incident..... | 6 |
| 3.5. Accident | 6 |
| 3.6. Conséquence | 6 |
| 3.7. Échelle de gravité | 7 |
| 3.8. Événement sentinelle..... | 8 |
| 3.9. Inconvénient..... | 9 |
| 3.10. Complication..... | 9 |
| 4. USAGER EN CONTEXTE DE PRESTATION DE SOINS ET DE SERVICES | 11 |
| 4.1. Prestation de soins et de services | 11 |
| 4.1.1. Durée | 11 |
| 4.1.2. Nature | 11 |
| 4.2. Statut de l'utilisateur..... | 12 |
| 4.3. Condition inhérente à l'utilisateur | 13 |
| 5. PARTENAIRES EXTERNES | 14 |
| 5.1. RI et RTF..... | 14 |
| 5.2. Groupes de médecine de famille (GMF) et cliniques médicales privées | 15 |
| 6. SITUATIONS PARTICULIÈRES | 16 |
| 6.1. Événements à caractère répétitif | 16 |
| 6.1.1. Chutes | 16 |
| 6.1.2. Automutilation | 17 |
| 6.1.3. Fugues | 17 |
| 6.2. Agressions..... | 17 |
| 6.2.1. Aggression d'un usager envers un autre usager | 18 |

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 6.2.2. Agression d'un usager envers toute autre personne..... | 19 |
| 6.2.3. Agression d'un prestataire de soins ou de services envers un usager..... | 19 |
| 6.3. Non-respect d'une procédure ou d'un protocole | 19 |
| 6.4. Type d'événement « Autre » | 19 |
| 6.5. Port de l'équipement de protection par l'utilisateur..... | 20 |
| 6.6. Mesures de contrôle..... | 20 |
| 6.7. Alertes ou rappels de médicaments, d'équipements ou d'autres fournitures..... | 20 |
| 6.8. Suicide et tentative de suicide..... | 20 |
| 6.9. Événements touchant plusieurs usagers..... | 21 |
| 6.10. Événements survenus dans les laboratoires de biologie médicale..... | 21 |
| 6.11. Événements survenus dans l'établissement ou sur la propriété de ce dernier et hors du contexte de prestation de soins ou de services | 22 |
| 6.12. Événements rapportés par les usagers ou leurs proches..... | 22 |
| 6.13. Identité de l'utilisateur dans les cas d'incidents | 23 |
| 6.14. Événements associés aux problèmes de compétences | 23 |
| CONCLUSION | 24 |
| ANNEXE 1 : TABLEAU DE CORRESPONDANCE DES TERMES UTILISÉS DANS LE CADRE CANADIEN ET AU QUÉBEC | 25 |
| ANNEXE 2 : DIVULGATION ET MESURES DE SOUTIEN | 26 |
| BIBLIOGRAPHIE..... | 28 |

LISTE DES SIGLES

| | |
|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CHSLD | Centre d'hébergement et de soins de longue durée |
| CISSS | Centre intégré de santé et de services sociaux |
| CIUSSS | Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux |
| CLSC | Centre local de services communautaires |
| GMF | Groupe de médecine de famille |
| LSSSS | Loi sur les services de santé et les services sociaux |
| MSSS | Ministère de la Santé et des Services sociaux |
| RI | Ressource intermédiaire |
| RNIASSS | Registre national des incidents et accidents survenus lors de la prestation de soins de santé et de services sociaux |
| RTF | Ressource de type familial |
| SISSS | Système d'information sur la sécurité des soins et des services |

INTRODUCTION

La déclaration des incidents et des accidents survenus lors de la prestation des soins de santé et des services sociaux constitue l'un des nombreux mécanismes qui découlent de la Loi sur les services de santé et les services sociaux¹ (LSSSS) et qui permettent d'améliorer la qualité et la sécurité des soins et des services fournis aux usagers. S'inscrivant à la fois dans la gestion des risques et la prestation sécuritaire des soins et des services, la déclaration des incidents et des accidents permet de déterminer et d'analyser les événements évitables afin d'en prévenir la récurrence. Pour atteindre ces objectifs, le *Rapport de déclaration d'incident ou d'accident*, ci-après nommé le formulaire AH-223-1², le Système d'information sur la sécurité des soins et des services (SISSS) ainsi que le Registre national des incidents et accidents survenus lors de la prestation de soins de santé et de services sociaux (RNIASSS) ont été déployés dans l'ensemble des établissements du réseau de la santé et des services sociaux du Québec. Les comités de gestion des risques et les comités de vigilance et de la qualité des conseils d'administration des établissements utilisent les informations recueillies à partir de ces différents outils pour mettre en place des mesures correctives et préventives. Les données colligées sur les incidents et les accidents permettent également la production du *Rapport sur les incidents et accidents survenus lors de la prestation de soins de santé et de services sociaux au Québec*. Ce rapport est publié chaque année par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Rappelons que le Québec est la première province canadienne à avoir mis en place un mécanisme de déclaration des incidents et des accidents.

En 2009, le MSSS a amorcé un important travail d'harmonisation des pratiques de déclaration en collaboration avec les établissements afin d'assurer la qualité et la fiabilité des données recueillies au moyen du formulaire AH-223-1. Puis, en 2011, des lignes directrices ministérielles relatives à la déclaration des incidents et des accidents ont été publiées³.

Bien que des lignes directrices aient été publiées, force est de constater qu'il existe toujours, à ce jour, des différences d'interprétation de la terminologie, des notions de base et de certaines situations particulières relatives à la gestion des risques et à la prestation sécuritaire des soins et des services. Ces différences d'interprétation affectent la qualité et la fiabilité des données colligées. Une mise à jour des lignes directrices était donc devenue nécessaire.

Le moment était également venu de reconnaître, dans les lignes directrices, les usagers et leurs proches comme des partenaires dans le processus de déclaration des incidents et des accidents. Leur rôle et leur engagement dans la prestation des soins et des services ont grandement évolué au cours des dernières années. Il en est de même de leur rôle et de leur engagement dans la qualité et la sécurité des soins et des services.

Par conséquent, au printemps 2018, un groupe de travail de la Table ministérielle sur la qualité et la sécurité des soins et des services, composé de représentants de 11 établissements (centres

¹ QUÉBEC, *Loi sur les services de santé et les services sociaux : chapitre S-4.2, à jour au 1^{er} mars 2020*, [En ligne], [Québec], Éditeur officiel du Québec, [2020], [legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/S-4.2].

² QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Rapport de déclaration d'incident ou d'accident*, [Québec], Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014, 8 p. [Document interne].

³ QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Lignes directrices à l'intention du réseau de la santé et des services sociaux*, deuxième édition, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011, 22 p. [Document interne].

intégrés de santé et de services sociaux (CISSS), centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) et établissements non fusionnés), a été mis sur pied. Ce groupe de travail a formulé des recommandations permettant la mise à jour des lignes directrices.

Les présentes lignes directrices sont complémentaires au guide d'utilisation et au guide de l'utilisateur du formulaire AH-223-1. Au regard de la déclaration des incidents et des accidents survenus lors de la prestation de soins et de services aux usagers, ces lignes directrices ont les objectifs suivants :

- Préciser certains termes et notions ainsi que leur portée.
- Apporter des précisions sur les obligations des partenaires des établissements.
- Répondre aux questions fréquemment posées par les différents milieux et missions des établissements.
- Assurer le respect de l'utilisateur et la reconnaissance de ses droits.
- Introduire des éléments relatifs à l'approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les autres acteurs en santé et en services sociaux.
- Améliorer la qualité et la fiabilité des données saisies dans le formulaire AH-223-1.

Ces lignes directrices s'adressent à l'ensemble des établissements du réseau de la santé et des services sociaux ainsi qu'à leurs partenaires.

L'interprétation et la portée de ces lignes directrices se limitent au contexte de la prestation sécuritaire des soins et des services aux usagers. Dans un autre contexte de gestion des risques (informatiques, financiers, etc.), leur interprétation et leur portée pourraient être différentes.

De plus, la conduite à tenir proposée dans ces lignes directrices porte uniquement sur le processus de déclaration des incidents et des accidents. En aucun cas, elle ne précise ou ne remplace des interventions devant être réalisées à la suite d'un incident ou d'un accident (soins à fournir, application de protocoles, etc.).

1. OBLIGATIONS LÉGALES

Étant donné son importance et son rôle dans l'amélioration de la sécurité des soins et des services aux usagers, le mécanisme de déclaration des incidents et des accidents est précisé à l'article 233.1 de la LSSSS :

« Tout employé d'un établissement, toute personne qui exerce sa profession dans un centre exploité par l'établissement, tout stagiaire qui effectue un stage dans un tel centre de même que toute personne qui, en vertu d'un contrat de services, dispense pour le compte de l'établissement des services aux usagers de ce dernier doit déclarer, au directeur général d'un établissement ou, à défaut, à une personne qu'il désigne, tout incident ou accident qu'il a constaté, le plus tôt possible après cette constatation. Une telle déclaration doit être faite au moyen du formulaire prévu à cet effet, [...] lequel est versé au dossier de l'utilisateur. [...] Le directeur général de l'établissement ou, à défaut, la personne qu'il désigne rapporte, sous forme non nominative, [...], selon une fréquence convenue ou lorsque celle-ci le requiert, les incidents ou accidents déclarés⁴ ».

Le formulaire prévu pour la déclaration des incidents et des accidents est le formulaire AH-223-1. Comme il a été mentionné précédemment, un guide d'utilisation ainsi qu'un guide de l'utilisateur⁵ accompagnent ce formulaire. L'utilisation du formulaire AH-223-1 est obligatoire pour tous les déclarants, quel que soit le support utilisé (support papier ou support informatique). Par ailleurs, les établissements doivent prévoir une politique sur la gestion de ce formulaire.

Le formulaire AH-223-1 sert à déclarer le fait observé ou constaté. Le déclarant n'a pas à expliquer ce qui s'est passé ou à tenter de décrire les circonstances de l'événement. Les causes, la gravité, les mesures de prévention de la récurrence ainsi que le processus de divulgation relèvent de l'analyse de l'événement par le gestionnaire responsable du suivi.

⁴ QUÉBEC, *Loi sur les services de santé et les services sociaux : chapitre S-4.2, à jour au 1^{er} mars 2020*, [2020], art. 233.1; nous soulignons.

⁵ QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Rapport de déclaration d'incident ou d'accident*, 2014.

2. OBJECTIFS

La déclaration d'un incident ou d'un accident permet à un établissement de connaître toute situation qui a compromis ou aurait pu compromettre la sécurité d'un usager à l'occasion d'une prestation de soins ou de services.

Plus précisément, la déclaration d'un **incident** permet à l'établissement :

- De connaître l'événement dont un usager a failli être victime.
- De connaître les défaillances de ses processus.
- De faire l'analyse de l'incident et des défaillances.
- De mettre en place des mesures correctives et préventives.

Plus précisément, la déclaration d'un **accident** permet à l'établissement :

- De connaître l'accident dont un usager a été victime.
- De connaître les défaillances de ses processus.
- De faire l'analyse de l'accident et des défaillances.
- De mettre en place des mesures correctives et préventives.
- De divulguer à l'usager l'accident dont il a été victime, lorsque cela est requis (voir l'annexe 2).
- D'offrir à l'usager ou à ses proches des mesures de soutien, s'il y a lieu.

3. TERMES ET DÉFINITIONS

Les termes utilisés dans le contexte de la gestion des risques et de la prestation sécuritaire des soins et des services sont des termes usuels. Cependant, dans le réseau, ils prennent un sens précis, soit parce que le législateur les a définis dans la LSSSS, soit parce que le contexte l'oblige. Il est donc important de les définir. Les définitions présentées dans cette section sont accompagnées d'explications ou d'exemples.

Dans leurs documents, Agrément Canada et l'Institut canadien pour la sécurité des patients utilisent des termes différents de ceux qui sont utilisés dans les documents du Québec. Un tableau de correspondance des termes⁶ est présenté à l'annexe 1.

3.1. Risque

Ce terme désigne la « combinaison de la probabilité qu'une situation entraînant des conséquences se produise et l'importance des conséquences pouvant en résulter⁷ ». Cette définition est la reformulation de la définition du terme *risque* utilisée par le ministère de la Sécurité publique. Elle 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 celles-ci.

3.2. Circonstance

La circonstance renvoie au contexte dans lequel l'événement s'est produit.

3.3. Événement indésirable et évitable

Il s'agit d'un terme générique utilisé en sécurité des soins et des services pour désigner toute situation non souhaitée, redoutée ou indésirable qui a causé ou aurait pu causer des dommages à la santé, à la sécurité et au bien-être d'un usager. Ce terme désigne tout aussi bien un accident qu'un incident⁸. Les événements indésirables ne sont pas tous évitables. Certains de ces événements peuvent être des complications ou encore des manifestations prévisibles de la condition de l'usager. Toutefois, ***tous les accidents et les incidents faisant l'objet d'une déclaration doivent être des événements évitables.*** On reconnaît un événement évitable à l'une ou l'autre des caractéristiques suivantes :

- Il est relié directement à une prestation de soins ou de services (gestes posés ou omis).
- Il révèle un dysfonctionnement des processus de l'établissement.
- Il peut être évité par des mesures de prévention efficaces.

⁶ INSTITUT CANADIEN POUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS, *Cadre canadien d'analyse des incidents*, [En ligne], Edmonton, Institut canadien pour la sécurité des patients, c2012, p. 141, [<https://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/IncidentAnalysis/Documents/Canadian%20Incident%20Analysis%20Framework%20FR.PDF>].

⁷ QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Programme de formation sur le fonctionnement d'un comité de gestion des risques*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2016, p.58.

⁸ *Ibid.*

3.4. Incident

Ce terme désigne toute « action ou [...] situation qui n'entraîne pas de conséquences 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 conséquences⁹ ».

Les incidents sont des événements qui ne touchent pas l'utilisateur : l'action ou la situation est décelée avant qu'elle ne puisse l'atteindre et avoir des conséquences sur ce dernier. Les incidents doivent quand même être déclarés, car ils révèlent un dysfonctionnement des processus de l'établissement qui pourrait éventuellement être à l'origine d'accidents.

Voici des exemples d'incidents :

- Un usager avise l'infirmière que le médicament qu'elle s'apprête à lui administrer n'est pas ce qu'il prend habituellement.
- L'agent de sécurité parvient à calmer un usager qui s'apprêtait à agresser un autre usager.

3.5. Accident

Ce terme désigne toute « action ou situation où le risque se réalise et est, ou pourrait être, à l'origine de conséquences sur l'état de santé ou le bien-être de l'utilisateur [...]¹⁰ ».

Il y a, dans un accident, un caractère d'imprévisibilité.

Voici des exemples d'accidents :

- Un usager chute alors qu'un préposé aux bénéficiaires l'aide à se déplacer de son fauteuil roulant à son lit.
- Un usager est opéré à la mauvaise hanche par le chirurgien orthopédiste.

3.6. Conséquence

Ce terme renvoie aux « impacts sur la santé ou le bien-être de la personne victime de l'accident¹¹ ».

La conséquence découle directement de l'accident.

La conséquence doit être certaine et non hypothétique, et peut prendre la forme de blessure, tort ou dommage causé à la santé ou au bien-être de l'utilisateur. La conséquence à déclarer dans le formulaire AH-223-1 est celle qui est immédiate, soit celle qui est présente au moment du constat. Si la conséquence évolue dans un délai maximal de 48 heures, celle-ci doit être précisée.

La présence d'une conséquence est le critère qui mène à l'obligation légale de divulgation de l'accident à l'utilisateur (voir l'annexe 2). La conséquence doit être distinguée de l'inconvénient (voir la section 3.9).

⁹ QUÉBEC, *Loi sur les services de santé et les services sociaux : chapitre S-4.2, à jour au 1^{er} mars 2020*, [2020], art. 183.2.

¹⁰ *Ibid.*, art. 8.

¹¹ 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*, Montréal, Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux, 2006.

Voici des exemples de conséquences :

- Une fracture qui résulte d'une chute sur un plancher glissant.
- Une nécrose causée par une extravasation attribuable à un mauvais positionnement du dispositif intraveineux.
- Un usager qui refuse de sortir de sa chambre à la suite d'une altercation avec un autre usager.

3.7. Échelle de gravité

L'échelle de gravité est un « outil servant à évaluer la gravité des conséquences découlant d'un événement¹² ». Les accidents sont donc tous classés selon un niveau de gravité. Ce dernier est déterminé lors de l'analyse sommaire et non lors du processus de déclaration. Ce terme est donc présenté à titre informatif.

L'échelle de gravité a été créée pour mesurer les conséquences subies par un usager à la suite d'une erreur de médicaments. Elle a, par la suite, été adaptée au contexte de la prestation sécuritaire des soins et des services au Québec. Dans l'outil original, on utilise, pour décrire les conséquences, le terme *harm*, qui se traduit essentiellement par *faire du tort* à¹³.

La notion de dommages causés à l'utilisateur est associée à la gradation des niveaux de l'échelle utilisée au Québec, qui compte 10 niveaux de gravité. Les niveaux sont répartis en fonction des conséquences réelles de l'événement ou selon la nature et le niveau des interventions requises pour faire face aux conséquences de l'événement.

Cette échelle comporte deux niveaux de gravité pour les incidents (A et B) et huit niveaux de gravité pour les accidents (C à I).

Voici quelques exemples d'incidents de niveaux de gravité A et B :

- Une étiquette illisible sur un contenant de médicaments, des ridelles de lit défectueuses, une armoire à narcotiques non verrouillée, des dossiers d'utilisateurs oubliés dans un local et de l'équipement non désinfecté sont tous des événements de niveau de gravité A.
- Une erreur de médicament détectée au chevet de l'utilisateur avant l'administration, un rapport de consultation classé dans le mauvais dossier et un médicament conservé à la mauvaise température sont tous des événements de niveau de gravité B.

Pour ce qui concerne les accidents, si aucune conséquence n'est présente, le niveau de gravité de l'accident est C.

Si, toutefois, on procède à des tests ou à des modifications du plan d'intervention pour prévenir l'apparition de conséquences, le niveau de gravité devient D.

Par exemple, un usager qui n'a que des douleurs à la suite d'une chute, mais chez qui on diagnostique, deux jours plus tard, une fracture verra le niveau de gravité des conséquences de

¹² NATIONAL COORDINATING COUNCIL FOR MEDICATION ERROR REPORTING AND PREVENTION, *NCC MERP Index for Categorizing Medication Errors*, [En ligne], [s. l.], National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention, c2001, [non pag.], [<https://www.nccmerp.org/sites/default/files/indexColor2001-06-12.pdf>]; traduction libre.

¹³ *Ibid.*

sa chute être ajusté.

La notification du niveau de gravité indéterminée n'est plus disponible considérant que les conséquences de l'événement sont maintenant spécifiées à l'intérieur d'un délai de 48 heures.

3.8. Événement sentinelle

Ce terme est utilisé pour désigner un événement qui demande une analyse approfondie parce qu'il révèle des failles dans un processus qui ont entraîné ou auraient pu entraîner des conséquences graves¹⁴. Quatre types d'événements peuvent être qualifiés d'événements sentinelles :

- Type 1 : accident ayant entraîné des conséquences graves.
- Type 2 : incident ou accident qui auraient pu avoir des conséquences graves si la situation n'avait pas été récupérée à temps.
- Type 3 : incident ou accident qui se sont produits à plusieurs reprises, même si aucun n'est à l'origine de conséquences graves. Leur fréquence élevée est révélatrice de failles dans les processus en cause qui seront, un jour ou l'autre, à l'origine d'une conséquence grave.
- Type 4 : accident qui a touché plusieurs usagers et dont les conséquences potentielles sont inconnues.

Rappelons que les événements sentinelles sont des événements indésirables survenus; il y a lieu de les déclarer dans le formulaire AH-223-1.

Voici des exemples du type 1 :

- Une erreur de médicament qui cause des séquelles neurologiques.
- Une opération chirurgicale réalisée sur le mauvais membre (ex. : le genou gauche au lieu du genou droit).

Voici des exemples du type 2 :

- Un renversement de la détresse respiratoire d'un usager à la suite d'un surdosage de médicaments.
- Une erreur d'identification d'usager détectée avant une procédure.

Voici des exemples du type 3 :

- Des médicaments ayant des noms similaires entreposés côte à côte.
- Des blessures légères causées par des équipements mal ajustés.

Voici des exemples du type 4 :

- Un vol de dossiers d'usagers dans le véhicule d'un employé.
- Un problème de stérilisation d'instruments au bloc opératoire.

¹⁴ QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Programme de formation sur le fonctionnement d'un comité de gestion des risques*, 2016, p. 51.

3.9. Inconvénient

Ce terme renvoie à « ce qui cause un désavantage, désagrément¹⁵ ».

Il apporte une nuance au terme *conséquence* utilisé pour désigner les effets négatifs qu'a eus un événement sur la santé ou le bien-être de l'utilisateur.

Il est important de faire la distinction entre ces deux termes. Le fait de devoir procéder à des examens ou à des tests diagnostiques pour vérifier la présence ou non de conséquences à la suite d'un accident répond davantage à la définition d'inconvénient qu'à celle de la conséquence. Il est bénéfique pour l'utilisateur que ces vérifications soient faites, même si les procédures, auxquelles il doit consentir, lui causent de l'inconfort ou des désagréments.

Voici des exemples d'inconvénients :

- Une reprise de prélèvements sanguins en raison d'une erreur d'identification des tubes.
- Un test de dépistage à la suite d'une contamination possible par un instrument potentiellement mal stérilisé.

3.10. Complication

La complication renvoie, dans le présent contexte, à « un phénomène pathologique provoqué par une première infection, une blessure, etc.¹⁶ ».

Dans le cadre de l'application des dispositions de la LSSSS, la complication n'est pas considérée comme un accident¹⁷. Il n'y a donc pas lieu de la déclarer dans le formulaire AH-223-1.

La complication peut prendre la forme d'effets secondaires ou de réactions indésirables.

La complication est habituellement prévisible et expliquée dans la littérature. Elle constitue un risque inhérent aux traitements ou aux procédures auxquels l'utilisateur a consenti.

Deux questions peuvent aider à distinguer la complication de l'accident :

- Pouvait-on éviter l'événement?
- Quel est ou quels sont les processus de l'établissement en cause dans l'événement et y a-t-il eu des failles dans ce ou ces processus?

Si la réponse est non aux deux questions, il s'agit d'une complication.

Si la réponse est oui aux deux questions, c'est un accident.

Si la réponse est non à la question 1 et qu'on répond oui à la question 2, mais que l'on constate que ces failles ne sont pas à l'origine ou ne sont pas la cause de l'événement, cette situation demeure une complication.

¹⁵ *Le Petit Larousse illustré*, Paris, Éditions Larousse, c2021, p. 610.

¹⁶ *Ibid*, p. 279.

¹⁷ QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Rapport de déclaration d'incident ou d'accident*, 2014.

Voici des exemples de complications :

- Un usager a une réaction allergique à la suite de l'administration d'un médicament, mais cette allergie n'était pas connue de l'utilisateur ou de l'équipe soignante.
- Un usager a une perte de sensibilité au visage à la suite d'une chirurgie maxillo-faciale.
- Un usager perd le sens du goût après une série de traitements de chimiothérapie.

4. USAGER EN CONTEXTE DE PRESTATION DE SOINS ET DE SERVICES

Différentes notions permettent de déterminer si les événements évitables qui surviennent doivent faire l'objet d'une déclaration. Il est donc important de préciser ces notions. Les notions présentées ci-dessous sont accompagnées d'explications et d'exemples.

4.1. Prestation de soins et de services

La prestation de soins et de services est « l'action de fournir des soins et des services¹⁸ ».

Comme le prévoit l'article 8 de la LSSSS¹⁹, les événements évitables devant faire l'objet d'une déclaration doivent être survenus au cours d'une prestation de soins ou de services.

Pour comprendre la prestation de soins et de services, il faut considérer deux éléments importants qui la composent, soit sa durée et sa nature.

4.1.1. Durée

La durée de la prestation doit être définie dans le temps. La notion d'épisode de soins ou de services aide à la circonscrire. Cette dernière permet :

- De délimiter la période de la prestation.
- De segmenter la prestation (les rendez-vous médicaux, les différents suivis pour une condition chronique, les services de soutien ou d'assistance à un usager en ressource intermédiaire (RI) ou en ressource de type familial (RTF), etc.).
- De définir le moment d'interruption momentanée de la prestation (lors d'une sortie autorisée, d'un congé temporaire, etc.).
- De délimiter la fin de la prestation pour une situation donnée (lorsque le congé est donné, lorsque l'activité est réalisée de façon autonome en RI-RTF, etc.).

Voici des exemples de prestation de soins ou de services :

- Un usager qui est suivi en consultation externe sur une base régulière par un médecin spécialiste est considéré comme un usager en prestation de soins et de services uniquement lors de ses rendez-vous.
- Un usager qui commet une erreur en s'administrant lui-même sa médication à domicile n'est pas considéré comme un usager en prestation de soins et de services.
- Un usager qui obtient une autorisation de congé temporaire n'est pas en prestation de soins durant ce congé.

4.1.2. Nature

La nature de la prestation renvoie aux soins ou aux services fournis ainsi qu'au contexte de ceux-ci.

¹⁸ *Le Petit Robert de la langue française*, c2006, p. 2062.

¹⁹ QUÉBEC, *Loi sur les services de santé et les services sociaux : chapitre S-4.2, à jour au 1^{er} mars 2020*, [2020], art. 8.

On considère que des soins ou des services sont fournis lorsque :

- Il y a prise en charge (au téléphone ou en personne, à l'ouverture du dossier, à partir du moment où l'utilisateur se présente à l'accueil du service diagnostique, etc.).
- Il existe un plan d'intervention ou un plan de soins individualisé en réponse à une demande de soins ou de services.
- Il existe des enregistrements ou des notes ou des documents au dossier de l'utilisateur qui témoignent des interventions, des soins ou des services rendus ou qui les décrivent.
- Il existe des actions en attente qui requièrent une intervention de l'établissement (transmission d'une information clinique, référence vers un service ou un spécialiste, etc.).

L'environnement dans lequel la prestation de soins ou de services est fournie doit également être pris en compte. L'environnement couvre tout ce qui rend la prestation possible ou qui lui est accessoire. Il peut s'agir de l'accueil, de la sécurité des lieux et de l'équipement utilisé, de la garde des biens personnels de l'utilisateur, de la protection des renseignements personnels, etc.

Voici des exemples de prestation de soins ou de services :

- Un usager est évalué au triage de l'urgence.
- Un usager reçoit une première visite à domicile.
- Un usager est évalué par téléphone par la travailleuse sociale de l'accueil psychosocial.

4.2. Statut de l'utilisateur

Le statut de l'utilisateur fournit plusieurs indices sur l'obligation de déclarer ou non un incident ou un accident. Il indique souvent le type de prestation de soins ou de services que l'utilisateur reçoit (en continu ou avec interruptions).

L'utilisateur qui s'adresse à un établissement du réseau pour recevoir des soins ou des services se voit attribuer un statut. Ces différents statuts sont définis par le Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements²⁰. Il existe trois statuts : l'utilisateur enregistré, l'utilisateur inscrit et l'utilisateur admis.

Un usager est enregistré dans un établissement l « [...] lorsqu'à la suite d'une ordonnance d'un médecin ou d'un dentiste, il y reçoit des services externes pour fins de diagnostic médical ou dentaire²¹ ».

Un usager est inscrit dans un établissement « [...] lorsqu'il y reçoit des services qui ne nécessitent pas son hospitalisation ou son hébergement ou qu'[il] n'occupe pas un lit compris dans le nombre figurant au permis de l'établissement²² ».

²⁰ QUÉBEC, *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*, S-5, r. 5, à jour au 1^{er} mars 2020, [En ligne], [Québec], Éditeur officiel du Québec, [2020], [legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/S-5,%20r.%205/].

²¹ *Ibid.*, art. 20.

²² *Ibid.*, art. 21.

Un usager est admis dans un établissement « [...] lorsque son état nécessite une hospitalisation ou un hébergement, que les formalités applicables sont remplies et qu'[il] occupe un lit compris dans le nombre figurant au permis de l'établissement²³ ».

La déclaration des incidents et des accidents est systématique pour les usagers admis. Pour les usagers enregistrés ou inscrits, elle doit être circonscrite à l'épisode de soins ou de services.

Voici des exemples de prestations de soins ou de services en fonction du statut de l'utilisateur :

- Un usager enregistré se présente au centre de prélèvements. La prestation de soins et de services se limite à cette activité.
- Un usager inscrit consulte son cardiologue en consultation externe une fois par année. La prestation de soins et de services se limite à cette consultation.
- Un usager est admis en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Il est alors considéré comme un usager en prestation de soins et de services continue.

4.3. Condition inhérente à l'utilisateur

Cette expression désigne une situation où le diagnostic ou encore l'évolution de l'état de l'utilisateur sont à l'origine d'événements indésirables, lesquels ne sont pas directement reliés à la prestation de soins et de services. Ces événements auraient pu se produire dans tout autre contexte.

Ces situations, attribuables à la condition de l'utilisateur, ne sont pas considérées comme des accidents. Elles ne relèvent pas de la gestion des risques même si elles touchent à la sécurité de l'utilisateur. Par conséquent, elles ne doivent pas être déclarées au formulaire AH-223-1.

Voici des exemples de cette notion :

- Un usager diabétique, en état d'hypoglycémie, devient agressif et se blesse en frappant sur un meuble.
- Un usager en réadaptation physique qui réapprend à marcher et qui fait une chute lors de ses exercices.
- Un usager dont la condition neurologique provoque des obstructions respiratoires.

²³ QUÉBEC, *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*, S-5, r. 5, à jour au 1^{er} mars 2020, [En ligne], [Québec], Éditeur officiel du Québec, [2020], [legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/S-5,%20r.%205/]. art. 22.

5. PARTENAIRES EXTERNES

Pour s’acquitter de leur obligation envers leurs usagers au regard de la prestation des soins et des services, les établissements doivent très souvent s’associer à des partenaires externes (ressources d’hébergement, entreprises de transport adapté, organismes communautaires, etc.), en concluant des contrats ou des ententes. Ces partenaires ont l’obligation de déclarer les incidents et les accidents survenus lors de leur prestation de soins et de services aux usagers au moyen du formulaire AH-223-1²⁴.

L’établissement doit en effet répondre de la sécurité des soins et des services qu’il offre aux usagers, et ce, tant par le biais de ses employés que par le biais des partenaires avec lesquels il a conclu une entente ou un contrat. Par conséquent, il doit s’assurer que les soins et les services fournis par ces derniers sont sécuritaires.

L’établissement doit donc prévoir un mécanisme pour :

- Être informé sans délai lorsqu’un événement survient à l’un de ses usagers.
- S’assurer que des mesures de prévention sont mises en place.
- Vérifier que ces mesures sont efficaces et s’assurer que l’événement ne se reproduira pas.
- Conserver un historique de ces événements durant toute la durée de son lien juridique (contrat, entente) avec son partenaire.

5.1. RI et RTF

Les RI et les RTF figurent parmi les partenaires des établissements. Selon l’article 302 de la LSSSS, les RI participent « au maintien ou à l’intégration dans la communauté d’usagers par ailleurs inscrits aux services d’un établissement public en leur procurant un milieu de vie adapté à leurs besoins et en leur dispensant des services de soutien ou d’assistance requis par leur condition²⁵».

De plus, selon l’article 312 de la LSSSS, les RTF sont de deux types : les familles d’accueil et les résidences d’accueil et elles reçoivent soit des enfants ou des adultes. Pour les enfants, les RTF « accueillent à leur lieu principal de résidence au maximum neuf enfants en difficulté qui leur sont confiés par un établissement public afin de répondre à leurs besoins et leur offrir des conditions de vie favorisant une relation de type parental dans un contexte familial²⁶».

Selon le même article 312, 2^e paragraphe, les résidences d’accueil « [...] accueillent à leur lieu principal de résidence au maximum neuf adultes ou personnes âgées qui leur sont confiées par un établissement public afin de répondre à leurs besoins et leur offrir des conditions de vie se rapprochant le plus possible de celles d’un milieu naturel²⁷».

Toutes les personnes qui fournissent des soins et des services dans les RI et les RTF ont l’obligation légale de déclarer les incidents et les accidents survenus aux usagers qui leur sont confiés. Cette

²⁴ QUÉBEC, *Loi sur les services de santé et les services sociaux : chapitre S-4.2, à jour au 1^{er} mars 2020*, [2020], art. 233.1.

²⁵ *Ibid.*, art. 302.

²⁶ *Ibid.*, art. 312.

²⁷ *Ibid.*, art. 312.

déclaration doit être faite dans le respect de la politique et des procédures de l'établissement avec lequel le partenaire a l'entente.

Si un événement (ex. : omission de donner un médicament, chute lors de l'aide au bain, etc.) est constaté par un membre du personnel de l'établissement, lors d'une visite à la ressource, c'est alors à lui de le déclarer.

L'autonomie et la participation sociale des enfants et des adultes confiés aux RI-RTF sont favorisées. Ces enfants et ces adultes peuvent ainsi être placés en situation d'apprentissage (ex. : vélo, patin, etc.) ou avoir accès à des activités à l'extérieur de la ressource (ex. : école, travail, stage, centre de jour, visites à la famille, etc.). Lorsqu'un usager quitte la ressource et qu'il est pris en charge par une autre entité responsable (parents, école, employeur, etc.), la prestation de services est interrompue et la RI ou la RTF ne peut être tenue responsable de la sécurité des soins ou des services de celle-ci. Les incidents ou les accidents survenus au cours de cette période n'ont donc pas à être déclarés sur un formulaire AH-223-1 par la RI ou la RTF. Par contre, l'information doit être portée à la connaissance de l'intervenant de l'utilisateur qui évaluera si cet événement est significatif pour cet usager (événement qui peut amener une réévaluation de l'état de l'utilisateur).

Voici des exemples d'événements ne devant pas être déclarés par la RI ou la RTF :

- Un usager mineur chute pendant son cours d'éducation physique alors qu'il est à l'école.
- Un usager adulte se blesse à la main avec un outil alors qu'il est sous la responsabilité de son employeur.
- Un usager mineur chute en apprenant à marcher.
- Un usager mineur chute en faisant de la bicyclette.
- Un usager adulte se coupe en apprenant à cuisiner.

5.2. Groupes de médecine de famille (GMF) et cliniques médicales privées

Bien qu'ils soient considérés comme des partenaires des établissements, les GMF qui sont situés dans des cliniques médicales privées sont des entités autonomes. Par conséquent, ils n'ont pas à déclarer les incidents et les accidents survenus aux usagers dans leurs milieux.

Les GMF et les groupes de médecine de famille universitaires qui sont situés à l'intérieur des installations d'un établissement doivent, quant à eux, déclarer les incidents et les accidents.

6. SITUATIONS PARTICULIÈRES

Plusieurs types d'événements liés à des situations particulières vécues par les établissements soulèvent des questions et méritent de faire l'objet de précisions.

6.1. Événements à caractère répétitif

Il arrive, dans un contexte de soins et de services, que des événements deviennent prévisibles parce qu'ils se produisent à répétition. Les chutes, l'automutilation et les fugues figurent parmi les événements à caractère répétitif les plus fréquemment rapportés et pouvant être à l'origine de conséquences plus ou moins graves pour les usagers. Souvent reliés à leur condition (pertes cognitives, déficiences, problèmes de santé mentale, etc.), les risques que ces événements se produisent ne peuvent être totalement éliminés par l'établissement.

Pour éviter de faire une déclaration chaque fois qu'un tel événement se produit, les établissements doivent réaliser les actions suivantes, et ce, peu importe, de quel événement répétitif il s'agit :

- Réaliser une évaluation préalable du risque, mise à jour en fonction de l'évolution de l'état de l'utilisateur.
- Élaborer un plan d'intervention en fonction de ce risque, qui inclut des mesures de prévention.
- Rédiger des notes au dossier sur les circonstances qui ont justifié l'application du plan d'intervention et sur ses effets.

6.1.1. Chutes

Afin que les milieux de soins et de services déterminent si les chutes peuvent être qualifiées de répétitives et cessent ainsi de les déclarer systématiquement au formulaire AH-223-1, ils doivent considérer différents critères :

- L'utilisateur est hospitalisé ou hébergé (CHSLD, RI-RTF ou lits de soins prolongés) depuis plus de 60 jours.
- L'utilisateur est connu comme un chuteur répétitif.
- L'incidence de chutes répétées, et notées dans le dossier, est d'une chute et plus par semaine.
- L'utilisateur ou sa famille connaissent le risque de chute et le considèrent comme un événement prévisible.
- Les éléments de la démarche prévue pour les événements répétitifs sont en place (évaluation préalable du risque et plan d'intervention élaboré en fonction de ce risque).

Pour les usagers pour lesquels les chutes peuvent être prévisibles, la décision de ne pas utiliser de mesures de contrôle peut s'ajouter au risque lié à leur condition.

L'utilisateur (ou son représentant légal), à titre de partenaire de l'équipe de soins et de services, peut prendre cette décision de façon éclairée avec le soutien des autres partenaires de l'équipe et, s'il le souhaite, de ses proches. Le risque de chute devient alors « assumé », et la chute ne doit pas faire l'objet d'une déclaration systématique.

La déclaration demeure cependant obligatoire lorsque :

- Le plan d'intervention n'est pas appliqué ou respecté.
- Les conséquences sont différentes de celles qui découlent habituellement de ce type d'événement ou sont plus graves qu'elles.

6.1.2. Automutilation

En ce qui a trait à l'automutilation, si cet événement, noté au dossier de l'utilisateur, survient une fois et plus par semaine, il est considéré comme répétitif.

La déclaration au formulaire AH-223-1 se fera uniquement lorsque :

- Le plan d'intervention n'est pas appliqué ou respecté.
- Les conséquences sont différentes de celles qui découlent habituellement de ce type d'événement ou sont plus graves qu'elles.

6.1.3. Fugues

Spécifiquement pour les fugues, plusieurs cas de figures peuvent se présenter :

- Fugue d'un usager adulte en établissement, en RI ou en RTF. Cet événement doit faire l'objet d'une déclaration au formulaire AH-223-1 si la fugue survient alors que le niveau de surveillance déterminé pour cet usager n'a pas été assuré.
- Fugue d'un usager mineur résidant en unité de vie fermée. Cet événement doit faire l'objet d'une déclaration systématique au formulaire AH-223-1.
- Fugue d'un usager mineur résidant en unité de vie ouverte. Cet événement doit faire l'objet d'une déclaration au formulaire AH-223-1 si la fugue survient malgré l'application de mesures visant à empêcher le jeune de quitter les installations de l'établissement.
- Fugue d'un usager mineur en RI ou en RTF. Cet événement doit faire l'objet d'une déclaration au formulaire AH-223-1 si la fugue survient alors que le niveau de surveillance déterminé pour cet usager n'a pas été assuré.

6.2. Agressions

Tous les établissements ont l'obligation d'avoir une politique et des procédures qui définissent les agressions et qui décrivent les différentes situations d'agressions. De ce fait, le MSSS ne propose pas de définition standardisée. Pour les présentes lignes directrices et dans le contexte de la prestation sécuritaire de soins et de services, on peut toutefois les définir comme des agressions que la condition de chaque usager ne laisse pas entrevoir. Il s'agit donc de situations imprévisibles.

En vertu de la Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne

majeure en situation de vulnérabilité²⁸, le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services de l'établissement a la responsabilité de traiter les plaintes et les signalements effectués en vertu de la politique de lutte contre la maltraitance envers les personnes en situation de vulnérabilité de son établissement. Chaque établissement a l'obligation d'adopter une telle politique.

Cette politique de l'établissement « doit prévoir les adaptations nécessaires, le cas échéant, à son application par : 1° une ressource intermédiaire et une ressource de type familial visées par la LSSSS (chapitre S-4.2) et tout autre organisme, société ou personne auquel l'établissement recourt pour la prestation de ses services, notamment par entente visée à l'article 108 ou 108.1 de la LSSSS ou à l'article 124 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (chapitre S-5); 2° une résidence privée pour aînés.²⁹

L'article 8 prévoit également que « Toute ressource intermédiaire ou ressource de type familial qui accueille des usagers majeurs doit appliquer la politique de lutte contre la maltraitance de l'établissement qui recourt aux services de cette ressource. Il en est de même de tout autre organisme, société ou personne auquel l'établissement recourt pour la prestation de services³⁰ ».

Il en est de même pour les résidences privées pour aînés qui doivent appliquer la politique de l'établissement du territoire où est située la résidence.³¹

La Loi prévoit également l'obligation pour les prestataires de services de santé et de services sociaux, et pour les professionnels au sens du Code des professions, de signaler certaines situations de maltraitance au commissaire local aux plaintes et à la qualité des services d'un établissement ou d'un corps de police. Toutefois, la Loi (incluant le signalement qui peut s'y rattacher) ne dispense pas les professionnels de l'obligation de remplir un formulaire AH-223-1 lorsque les circonstances le justifient. La Loi ne remplace pas l'analyse qui doit être faite au regard de la gestion des risques non plus.

La prise en charge de l'événement différera selon les personnes impliquées dans l'agression. Voici des précisions.

6.2.1. Agression d'un usager envers un autre usager

On doit déclarer systématiquement cet événement au formulaire AH-223-1 pour l'usager agressé, en y précisant l'identité de l'usager qui a commis l'agression par son numéro de dossier. Si l'usager qui a commis l'agression a également été blessé lors de l'événement, le formulaire AH-223-1 doit aussi être rempli pour lui.

Cet événement doit être signalé au commissaire local aux plaintes et à la qualité des services de l'établissement si l'usager blessé :

- Est une personne hébergée dans une installation maintenue par un établissement ou qui reçoit

²⁸ QUÉBEC, *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité : chapitre L-6.3, à jour au 1^{er} mars 2020*, [En ligne], [Québec], Éditeur officiel du Québec, [2020], [legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/L-6.3].

²⁹ *Ibid*, art. 4.

³⁰ *Ibid*, art. 8.

³¹ *Ibid*, art. 9.

des soins ou des services des partenaires de l'établissement.

- Est sous tutelle ou curatelle ou est protégé en vertu d'un mandat de protection homologué.

Si l'utilisateur blessé ne correspond pas à ces catégories, un signalement doit également être fait au commissaire aux plaintes et à la qualité des services, conformément aux dispositions de la politique adoptée par l'établissement en vertu de la Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité.

6.2.2. Agression d'un usager envers toute autre personne

Cet événement doit faire l'objet d'une déclaration au formulaire AH-223-1 uniquement lorsque l'utilisateur se blesse lors de l'événement.

6.2.3. Agression d'un prestataire de soins ou de services envers un usager

Cet événement doit faire l'objet d'une déclaration systématique au formulaire AH-223-1 pour l'utilisateur agressé.

Cet événement doit également être signalé au commissaire local aux plaintes et à la qualité des services de l'établissement si l'utilisateur blessé :

- Est une personne hébergée dans une installation maintenue par un établissement qui exploite un CHSLD au sens de la LSSSS.
- Est sous tutelle ou curatelle ou est protégé en vertu d'un mandat de protection homologué.

Si l'utilisateur blessé ne correspond pas à ces catégories, un signalement doit également être fait, conformément aux dispositions de la Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité.

6.3. Non-respect d'une procédure ou d'un protocole

Le non-respect d'une procédure ou d'un protocole par le personnel doit faire l'objet d'une déclaration lorsque la sécurité de l'utilisateur est compromise. Plusieurs procédures et protocoles mis en place dans les établissements visent à protéger l'utilisateur. Ainsi, dans un contexte de prestation sécuritaire de soins ou de services, il faut déclarer les situations pour lesquelles une procédure ou un protocole n'ont pas été appliqués ou encore n'ont pas été respectés. Ces deux situations comportent des risques et peuvent entraîner des conséquences pour les usagers.

Voici des exemples de non-respect d'une procédure ou d'un protocole :

- Une absence d'héparinisation du circuit d'hémodialyse pouvant causer un épisode d'hypotension.
- Un suivi incomplet lors d'un traitement à la clozapine pouvant exposer l'utilisateur à un risque infectieux majeur.

6.4. Type d'événement « Autre »

Ce type d'événement doit être utilisé avec discernement. Il y regroupe des événements déclarés qui n'appartiennent à aucun autre type d'événement. Parmi la sélection d'éléments déjà

proposés au formulaire AH-223-1, il y a lieu de sélectionner l'événement qui se rapproche le plus de la situation d'événement indésirable à déclarer.

L'utilisation de l'événement « autre » du type d'événement « autre » est à utiliser le moins possible. En finalité, cette utilisation génère des statistiques qui ne permettent pas d'identifier avec précisions des mesures particulières à retenir pour agir sur ces événements et prévenir leur récurrence.

6.5. Port de l'équipement de protection par l'utilisateur

Lorsque l'équipement de protection n'est pas porté par les usagers lors de procédures ou d'activités, ou encore lorsqu'il ne l'est pas adéquatement ou qu'il est défectueux, un formulaire AH-223-1 doit être rempli, car ces situations représentent un risque pour les usagers.

Voici un exemple de situation à déclarer :

- Un usager passe un examen en imagerie médicale sans que le technologue lui ait fourni le tablier de plomb requis pour cet examen.

6.6. Mesures de contrôle

Bien que l'application de mesures de contrôle constitue une réponse clinique à une situation clinique, certaines situations doivent faire l'objet d'une déclaration. En effet, un formulaire AH-223-1 doit être rempli lorsque le protocole d'application des mesures de contrôle n'a pas été appliqué, lorsqu'il n'a pas été respecté ou encore lorsque l'utilisateur a été blessé lors de son application. Dans ces différentes situations, la sécurité de l'utilisateur est compromise.

6.7. Alertes ou rappels de médicaments, d'équipements ou d'autres fournitures

Tous les établissements reçoivent fréquemment des alertes ou des rappels provenant de fabricants, de distributeurs ou encore d'organismes publics (Santé Canada, Institut national de santé publique du Québec, etc.) concernant de l'équipement, des médicaments ou d'autres fournitures et faisant état de problèmes quant à leur utilisation.

Ces alertes et ces rappels ne doivent pas faire l'objet d'une déclaration systématique au formulaire AH-223-1.

Toutefois, si l'équipement, les médicaments ou les autres fournitures rappelés continuent d'être utilisés malgré les alertes et les rappels, l'événement devra être déclaré au formulaire AH-223-1.

6.8. Suicide et tentative de suicide

La déclaration d'un suicide ou d'une tentative de suicide au formulaire AH-223-1 doit être faite lorsque l'événement survient alors que l'utilisateur est en contexte de prestation de soins ou de services. Ces événements devraient être considérés comme des événements sentinelles, car ils répondent aux deux critères suivants : accidents ayant entraîné des conséquences graves ou encore incidents ou accidents qui auraient pu avoir des conséquences graves si la situation n'avait pas été récupérée à temps.

Voici des exemples de situations à déclarer :

- Un suicide par intoxication médicamenteuse évité en RI parce qu’il a été découvert juste à temps.
- Un suicide commis dans l’aile psychiatrique d’un hôpital.

Toutefois, si le suicide ou la tentative de suicide survient une fois le congé donné ou la prestation de soins ou de services interrompus, cet événement ne doit pas faire l’objet d’une déclaration. Des mécanismes liés à d’autres instances en matière de qualité et de sécurité des soins et des services, tels que le coroner ou le comité d’évaluation de l’acte médical, permettent d’analyser l’événement et ses causes.

6.9. Événements touchant plusieurs usagers

Lorsqu’un événement touche plusieurs usagers, il doit être déclaré sur un formulaire AH-223-1 pour chaque usager touché et versé à son dossier. Parallèlement, un registre incluant la liste des usagers pouvant avoir des conséquences découlant de cet événement doit être constitué afin que la traçabilité, le suivi et la gestion efficace de cet événement soient assurés par l’équipe de gestion des risques.

6.10. Événements survenus dans les laboratoires de biologie médicale

Depuis 2008, en vertu de la LSSSS, tout incident ou accident survenu dans un laboratoire de biologie médicale doit faire l’objet d’une déclaration au formulaire AH-223-1. De plus, une divulgation adéquate doit être faite à l’usager en cas d’accident de niveau de gravité D ou +.

Certains événements peuvent générer une double déclaration. C’est notamment le cas de ceux qui sont survenus dans les laboratoires de biologie médicale, où l’on déclare à la fois les non-conformités, les incidents et les accidents. Dans un souci de réduire les situations de double déclaration pour un même événement et d’assurer la divulgation systématique aux usagers dans les cas d’accidents de niveaux de gravité D et +, les directives suivantes s’appliquent désormais :

- Les incidents (niveaux de gravité A et B) et les accidents sans conséquence (niveau de gravité C) survenus dans les laboratoires de biologie médicale n’ont plus à être déclarés au formulaire AH-223-1, car le système de gestion des non-conformités en place dans les laboratoires permet de gérer plusieurs situations à risque de façon adéquate.
- Seuls les accidents de niveaux de gravité D et + (avec conséquences) doivent être déclarés au formulaire AH-223-1, afin qu’une divulgation adéquate soit faite à l’usager.
- Tous les événements sentinelles doivent être déclarés au formulaire AH-223-1.

Chaque établissement doit assurer la gestion de ses propres formulaires AH-223-1. Le processus de gestion des risques (déclaration et analyse d’événement) demeure donc sous la responsabilité de chaque établissement, peu importe le statut du laboratoire de biologie médicale (serveur ou associé). Chaque établissement associé applique ses propres règlements, politiques et procédures tout en assurant un suivi avec l’établissement serveur. Toutefois, c’est l’équipe de gestion des risques de l’établissement serveur qui doit assurer la coordination de l’analyse lors d’événements qui touchent plusieurs établissements et lors d’événements sentinelles. De plus,

l'équipe de gestion des risques de l'établissement serveur assure la communication des recommandations de l'événement aux établissements associés.

Lors de la survenue d'un accident, le personnel du laboratoire en avise le personnel soignant de manière à évaluer les conséquences. Cette collaboration est indispensable. Le personnel des laboratoires assure la responsabilité de complétion du formulaire AH-223-1, en collaboration avec le personnel soignant ou avec les responsables qualité des laboratoires.

Étant donné que les informations relatives au formulaire AH-223-1 sont de nature confidentielle, aucune copie du formulaire ne doit être transmise aux partenaires. Cependant, le laboratoire doit s'assurer que le partenaire est informé de l'événement, qu'il contribue à son analyse et que des mesures de prévention sont mises en place pour éviter sa récurrence. Enfin, une compilation des événements survenus doit être effectuée afin d'assurer le suivi de l'implantation des correctifs.

6.11. Événements survenus dans l'établissement ou sur la propriété de ce dernier et hors du contexte de prestation de soins ou de services

Avant ou après un rendez-vous médical, ou encore une fois le congé signé, l'utilisateur devient un visiteur, car il n'est pas ou n'est plus en prestation de soins ou de services. Ces événements ne doivent pas être déclarés au formulaire AH-223-1.

Voici des exemples de situations à ne pas déclarer :

- Un usager qui chute dans les escaliers à l'intérieur de l'établissement en se rendant à l'étage de son rendez-vous.
- Un usager qui chute sur la glace dans le stationnement de l'établissement après avoir obtenu son congé.

6.12. Événements rapportés par les usagers ou leurs proches

Si l'employé de l'établissement n'est pas présent lors de l'événement, il lui est impossible de témoigner de la situation ou de décrire les faits. Toutefois, les usagers et leurs proches sont considérés comme des partenaires : leur savoir et leur apport en matière de gestion des risques sont reconnus³². Ainsi, l'événement rapporté par un usager ou un proche qui en a été témoin ou encore par l'utilisateur qui en a été victime peut être déclaré au formulaire AH-223-1 si les quatre conditions suivantes au regard de l'utilisateur ou du proche qui rapporte la situation sont respectées :

- L'utilisateur est admis ou inscrit.
- L'utilisateur ou le proche ne souffre pas de troubles cognitifs pouvant altérer son jugement de la situation (il est bien orienté dans les trois sphères : personnelle, spatiale et temporelle).
- La relation entre les faits est cohérente et plausible.
- La séquence de l'événement peut être facilement établie.

³² QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Cadre de référence de l'approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et en services sociaux*, [En ligne], [Québec], Ministère de la Santé et des Services sociaux, c2018, 38 p., <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-727-01W.pdf>.

L'employé devra alors inscrire à la section 3 du formulaire AH-223-1 que l'événement lui a été rapporté par un usager ou un proche.

Voici des exemples d'événements rapportés à déclarer :

- Un usager chute en se déplaçant de son lit vers la salle de bain de sa chambre d'hôpital en l'absence de personnel. L'usager rapporte l'événement à l'infirmière lors de son prochain passage à sa chambre.
- Un usager rapporte au préposé aux bénéficiaires une agression entre deux usagers dont il a été témoin.

6.13. Identité de l'usager dans les cas d'incidents

Dans le cas d'un incident qui concerne un usager, il est important de préciser l'identité de celui-ci dans le formulaire AH-223-1. L'identification de l'usager concerné permet d'agir plus facilement pour mettre en place les mesures correctives et préventives requises.

Cette façon de faire permet de déterminer les conséquences qu'aurait pu subir cet usager. La détermination des risques par le personnel ou d'autres prestataires de soins ou de services est encouragée, car elle signifie qu'on agit en amont de l'accident.

Voici des exemples d'incidents où l'identité de l'usager doit être précisée :

- Le dossier d'un usager est créé en double par un service de consultations externes. Le service des archives constate ce doublon et procède à l'unification des données des deux dossiers pour corriger l'erreur.
- Un prestataire de soins ou de services passe près de donner de l'aspirine, par erreur, à un usager alors que cet usager y est allergique ou présente une contre-indication médicale qui aurait entraîné une conséquence grave.

6.14. Événements associés aux problèmes de compétences

En gestion des risques, lors des enquêtes et des analyses, on utilise une approche systémique qui vise les processus en lien avec l'événement et non les personnes. Si un problème de compétences ou de performance individuelle est détecté, ce volet de l'analyse doit être confié au gestionnaire de l'employé ou encore aux responsables des ressources humaines. L'arbre de décision de James Reason³³ est un outil fort utile dans ces situations. La démarche qu'il propose permet de distinguer très clairement, et ce, dès le début de l'enquête, ce qui relève de la gestion du personnel de ce qui relève de la gestion des risques.

³³ INSTITUT CANADIEN POUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS. *Cadre canadien d'analyse des incidents*, [En ligne], Edmonton, Institut canadien pour la sécurité des patients, c2012, 141 p. [<https://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/IncidentAnalysis/Documents/Canadian%20Incident%20Analysis%20Framework%20FR.PDF>].

CONCLUSION

Les présentes lignes directrices répondent à plusieurs questions fréquemment posées par les établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Elles apportent des précisions quant aux termes et notions utilisés en gestion des risques, aux obligations légales – incluant celles des partenaires – et aux situations particulières vécues dans les différents milieux et missions des établissements. Leur diffusion et leur appropriation amélioreront, à terme, la qualité et la fiabilité des données colligées au moyen du formulaire AH-223-1.

Comme il a été mentionné précédemment, ces lignes directrices portent exclusivement sur la déclaration des incidents et des accidents au formulaire AH-223-1. La gestion des événements indésirables dans les établissements repose sur plusieurs autres mécanismes, outils et systèmes d'information provinciaux et fédéraux. Il peut s'agir des événements indésirables associés à la transfusion et devant être déclarés au formulaire AH-520, des infections nosocomiales devant être signalées au service de prévention et de contrôle des infections, des réactions indésirables graves aux médicaments ainsi que des incidents liés aux instruments médicaux et devant être déclarés à Santé Canada. Chacun de ces mécanismes permet d'améliorer la sécurité des soins et des services aux usagers.

La hausse constante du nombre d'événements indésirables rapportés au moyen de ces différents mécanismes démontre bien que les établissements québécois ont atteint une certaine maturité en termes de culture de sécurité. L'augmentation du nombre de déclarations des incidents s'inscrit dans une logique proactive de gestion prévisionnelle des risques, qui doit être poursuivie au cours des prochaines années, en partenariat avec l'utilisateur et ses proches.

ANNEXE 1 : TABLEAU DE CORRESPONDANCE DES TERMES UTILISÉS DANS LE CADRE CANADIEN ET AU QUÉBEC

Les termes utilisés par l’Institut canadien pour la santé des patients et ceux utilisés au Québec diffèrent légèrement³⁴. Les distinctions sont les suivantes :

| Termes utilisés dans le cadre canadien | Termes utilisés au Québec en raison de la loi |
|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| Patient | Usager |
| Divulgence des incidents | Divulgence des accidents |
| Préjudices | Conséquences |
| Incident lié à la sécurité des patients | Accident découlant de la prestation de soins de santé ou de services sociaux |
| Incident préjudiciable | Accident avec conséquences pour l’usager |
| Incident sans préjudice | Accident sans conséquence, mais l’usager a été touché |
| Incident évité de justesse | Incident ou échappée belle |
| Incident préjudiciable, incident sans préjudice et incident évité de justesse | Événements |

³⁴ INSTITUT CANADIEN POUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS. *Cadre canadien d’analyse des incidents*, [En ligne], Edmonton, Institut canadien pour la sécurité des patients, c2012, p.141. [<https://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/IncidentAnalysis/Documents/Canadian%20Incident%20Analysis%20Framework%20FR.PDF>].

ANNEXE 2 : DIVULGATION ET MESURES DE SOUTIEN

En vertu de la LSSSS, la divulgation est un droit pour l'utilisateur et une obligation pour l'établissement :

« [...] [l'utilisateur] a également le droit d'être informé, le plus tôt possible, de tout accident survenu au cours de la prestation de services qu'il a reçus et susceptible d'entraîner ou ayant entraîné des conséquences sur son état de santé ou son bien-être ainsi que des mesures prises pour contrer, le cas échéant, de telles conséquences ou pour prévenir la récurrence d'un tel accident³⁵».

En vertu de la LSSSS, le conseil d'administration de l'établissement doit élaborer un règlement sur la divulgation requise à la suite d'un accident ayant entraîné des conséquences pour un utilisateur.

Ce règlement doit déterminer :

- Les règles relatives à la divulgation.
- Les mesures de soutien, incluant les soins appropriés, mises à la disposition de l'utilisateur, de ses proches ou de son représentant.
- Les mesures pour prévenir la récurrence d'un tel accident³⁶.

L'établissement doit également prévoir les modalités de divulgation devant être mises en œuvre par les prestataires de soins ou de services avec qui il a des ententes.

Lorsque l'utilisateur n'a subi aucune conséquence, la divulgation devient facultative et il appartiendra à l'établissement d'en déterminer les modalités. Toutefois, si des examens ou des tests sont nécessaires pour vérifier la présence ou l'apparition de conséquences à la suite d'un accident (niveau de gravité D ou +), on doit obtenir un consentement éclairé pour ces procédures, ce qui rend la divulgation incontournable.

La divulgation doit être faite le plus tôt possible après l'événement ou dès que l'état de l'utilisateur le permet. Si l'utilisateur n'est pas en état, la divulgation sera faite à la personne qui peut consentir pour ses soins, car un consentement est nécessaire pour les soins requis par cet accident. L'article 12 de la LSSSS précise les personnes qui sont les représentants de l'utilisateur et qui peuvent exercer les droits qui lui sont reconnus par cette loi, dont celui d'être informé d'un accident qui est survenu durant sa prestation de soins ou de services³⁷.

La divulgation peut se faire en plusieurs étapes, étant donné que la totalité de l'information à transmettre dans le cadre de cette divulgation ne sera peut-être pas disponible dans les heures qui suivent l'événement.

Un formulaire pour la divulgation (AH-223-3) est disponible dans le SISSS ou en version papier, mais son utilisation est facultative. L'établissement doit prévoir dans son règlement sur la divulgation ou la politique qui en découle si ce formulaire facultatif doit être utilisé ou non et en déterminer les modalités.

³⁵ QUÉBEC, *Loi sur les services de santé et les services sociaux : chapitre S-4.2, à jour au 1^{er} mars 2020*, [2020], art. 8.

³⁶ *Ibid.*, art. 183.2.

³⁷ *Ibid.*, art. 235.1.

Le contenu de la divulgation doit inclure :

- La nature de l'accident.
- Les conséquences immédiates connues et, s'il y en a, celles qui sont à venir.
- Les soins proposés ou ceux qui ont déjà été fournis à la suite de cet événement pour en contrer ou en diminuer les effets.
- Les mesures de prévention que l'établissement a mises ou mettra en place pour éviter la récurrence de ce type d'événement.
- Les mesures de soutien offertes par l'établissement, s'il y a lieu, à l'utilisateur ou à ses proches.

En somme, dès qu'il y a des conséquences pour un usager, qu'elles soient immédiates ou susceptibles de se manifester à court, à moyen ou à long terme, l'accident dont l'utilisateur a été victime doit lui être divulgué. De plus, si la situation le requiert, des mesures de soutien³⁸ doivent être proposées à l'utilisateur ou à ses proches. En cas de décès, les personnes précisées à l'article 12 de la LSSSS sont aussi en droit de recevoir une divulgation et de bénéficier de mesures de soutien³⁹.

Les mesures de soutien sont des « actions prises envers l'utilisateur ou ses proches, ou moyens mis à leur disposition pour atténuer les conséquences d'un accident⁴⁰ ».

Les mesures de soutien :

- Peuvent prendre plusieurs formes (communication d'information, orientation vers des ressources d'aide ou de soutien, accompagnement, etc.).
- Sont temporaires et limitées dans le temps.
- Sont proportionnelles aux conséquences et aux ressources de l'établissement.
- Sont offertes sans admission de responsabilité de la part de l'établissement.

Les mesures de soutien doivent être distinguées de l'indemnisation ou de la réparation découlant d'un événement ayant eu des conséquences. Il est en fait important, pour l'établissement, afin de préserver ses droits à titre d'assuré, de respecter les conditions de sa police d'assurance responsabilité qui lui interdisent d'admettre toute responsabilité et de payer toute indemnité pour des dommages causés. En cas de doute, il est recommandé à l'établissement de consulter la Direction des assurances du réseau de la santé et des services sociaux afin de respecter, à la fois, ses obligations en ce qui a trait aux mesures de soutien à offrir et les obligations de son contrat d'assurance à titre d'assuré.

³⁸ 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*, 2006.

³⁹ *Ibid.*

⁴⁰ *Ibid.*

BIBLIOGRAPHIE

INSTITUT CANADIEN POUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS. *Cadre canadien d'analyse des incidents*, [En ligne], Edmonton, Institut canadien pour la sécurité des patients, c2012, 141 p. [<https://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/IncidentAnalysis/Documents/Canadian%20Incident%20Analysis%20Framework%20FR.PDF>].

Le Petit Larousse illustré, Paris, Éditions Larousse, c2021, p. 212 + 610.

Le Petit Robert de la langue française, Paris, Éditions Le Robert, c2006, 2844 p.

NATIONAL COORDINATING COUNCIL FOR MEDICATION ERROR REPORTING AND PREVENTION. *NCC MERP Index for Categorizing Medication Errors*, [En ligne], [s. l.], National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention, c2001, [non pag.]. [<https://www.nccmerp.org/sites/default/files/indexColor2001-06-12.pdf>].

Petit Larousse de la médecine, Paris, Éditions Larousse, c2007, 1151 p.

QUÉBEC. *Loi sur les services de santé et les services sociaux : chapitre S-4.2, à jour au 1^{er} mars 2020*, [En ligne], [Québec], Éditeur officiel du Québec, [2020]. [legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/S-4.2].

QUÉBEC. *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité : chapitre L-6.3, à jour au 1^{er} mars 2020*, [En ligne], [Québec], Éditeur officiel du Québec, [2020]. [legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/L-6.3].

QUÉBEC. *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements, S-5, r. 5, à jour au 1^{er} mars 2020*, [En ligne], [Québec], Éditeur officiel du Québec, [2020]. [legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/S-5,%20r.%205/].

QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Cadre de référence de l'approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et en services sociaux*, [En ligne], [Québec], Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2018, 38 p. [<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-727-01W.pdf>].

QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme de formation sur le fonctionnement d'un comité de gestion des risques*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2016, 274 p.

QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Rapport de déclaration d'incident ou d'accident*, [Québec], Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014, 8 p. [Document interne].

QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Lignes directrices à l'intention du réseau de la santé et des services sociaux*, deuxième édition, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011, 22 p. [Document interne].

REASON, James. *Patient Safety Event Analysis and Decision Tree*. Adapted from the National Patient Safety Agency of the British National Health Service, 2007.

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*, Montréal, Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux, 2006.



msss.gouv.qc.ca