

CHUQ

Gérer les risques au quotidien en salle d'opération

Présenté par :

Marie-Claude Laferrière inf. M.A.P.
Gestionnaire de risques adjointe CHUL-CHUQ

Octobre 2008



Présentation

- **Mise en contexte**
- **Objectifs visés par la présentation**
- **Promouvoir une culture de sécurité**

Bref rappel légal

Les obligations créées par la Loi

Définitions du législateur

- **La gestion des risques**

Votre rôle en matière de gestion des risques

La déclaration

La divulgation

- **Des outils pour votre pratique quotidienne**

Exercice de mises en situations

- **Conclusion et période de questions**

Mise en contexte

- **Thématique: “La motivation au coeur de nos actions”;**
- **Implication – concertation – amélioration de la qualité des soins – travailler tous dans le même sens - mouvement individuel et collectif ;**
- **La sécurité et la gestion des risques: une préoccupation quotidienne de tous les professionnels.**

Objectifs visés par la présentation

- **Promouvoir une culture de sécurité dans votre pratique quotidienne;**
- **Vous familiariser avec les grands concepts de gestion des risques;**
- **Vous sensibiliser à l'importance de votre rôle en matière de gestion des risques;**
- **Mieux vous outiller dans votre pratique quotidienne en salle d'opération.**

Promouvoir une culture de sécurité

- **Adoption de la Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant la prestation sécuritaire des services de santé et de services sociaux (L.Q. 2002, c. 71);**
- **La sécurité : une exigence du Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS) (Agrément Canada);**
- **La sécurité fait partie intégrante de la qualité des soins et services dispensés dans tous les établissements;**



Promouvoir une culture de sécurité (suite)

- **Prévenir les accidents et incidents afin d'en réduire la récurrence;**
- **Augmenter le niveau de sécurité des interventions;**
- **Maintenir un lien de confiance entre l'utilisateur et l'établissement.**



Promouvoir une culture de sécurité (suite)

5 caractéristiques d'une culture de sécurité, selon Hudson (2003) et Reason (1998):

1. **Information:** Le personnel déclare régulièrement les incidents et les accidents et les gestionnaires connaissent les forces et les faiblesses de l'établissement;
2. **Prudence:** Au quotidien, le personnel est vigilant et est à l'affût de l'inattendu;
3. **Justice:** L'établissement adopte une approche sans blâme;
4. **Adaptabilité:** L'établissement réagit et s'adapte aux changements de situation;
5. **Apprentissage:** Le personnel est capable d'apprendre et de s'améliorer.

Bref rappel légal

- La Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux a créé pour tous les établissements du réseau l'obligation de s'assurer de la sécurité des usagers.
- Chaque établissement doit promouvoir une culture de sécurité et se doter d'un programme de gestion des risques pour prévenir la réalisation des risques de toute nature.



Les obligations créées par la loi

- Depuis 2001: recommandations ministérielles reçues à la suite d'une série de décès survenus dans les établissements (rapport Francoeur);
- Témoignages d'usagers ou de leurs proches signifiant leur besoin de recevoir de l'information sur ce qui s'est réellement passé:
abandon et isolement à la suite des événements survenus, absence de divulgation...
- Obligation d'offrir des soins et services de qualité;
- Obligation de s'assurer de la sécurité des soins et services pour les usagers;
- Obligation de soutenir la victime et/ou ses proches.

Les obligations créées par loi, en résumé:

- **Déclarer les accidents et les incidents;**
- **Divulguer les accidents à l'utilisateur et/ou à ses proches;**
- **Prévoir des mesures de soutien à l'utilisateur et à ses proches;**
- **Créer un registre local des incidents et accidents;**
- **Élaborer un règlement concernant la divulgation des accidents;**
- **Mettre en place des mesures correctives et préventives afin d'éviter la récurrence des événements;**
- **Créer un comité de gestion des risques;**
- **Faire état annuellement des activités relatives à la gestion des risques;**
- **Solliciter l'agrément.**

32e Conférence provinciale SOOR:
La motivation au coeur de nos actions

Définitions du législateur

- **Événement:**

“Toute situation non souhaitée, redoutée ou indésirable qui a ou aurait pu causer des dommages à la santé des usagers, du personnel ou de tiers ou encore, à leurs biens ou à ceux de l’établissement”.

(Manuel de gestion des risques 2006, p.1.8).

Définitions du législateur (suite)

▪ Incident

“Une action ou une situation qui n’entraîne pas de conséquences 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“. (L.R.Q., c. S-4.2, art. 183.2).

Exemples:

-Mauvais médicament administré à l’induction mais qui n’entraîne pas de conséquence pour l’usager.

-Mauvaise identification d’un prélèvement per-op découverte à temps avant même qu’il ne soit acheminé au laboratoire.



Définitions du législateur (suite)

- **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”. (L.R.Q., c. S-4.2, art. 8).

- **Exemples:**

-Amputation BK effectuée à la mauvaise jambe faute d’identification adéquate en pré-op.

-Durant une chx de résection tumorale: le spécimen envoyé au labo de pathologie est identifié au nom de l’usager précédent. Le dx de cancer confirmé est versé au mauvais dossier et l’annonce du diagnostic est effectuée à l’usager.



Définitions du législateur: Précisions

- Ce n'est pas la gravité des conséquences suite à un événement qui détermine si celui-ci est un incident ou un accident.

C'est plutôt le fait qu'il y ait ou non des **conséquences** pour l'utilisateur.

- L'incident est un événement sans conséquences;
- L'accident est un événement qui entraîne des conséquences immédiates ou prévisibles à court ou à long terme.



Définitions du législateur (suite)

- **Événement sentinelle:**

“Ce terme décrit des événements de deux ordres:

Ceux qui ont eu ou auraient pu avoir des conséquences catastrophiques;

Ceux qui se sont produits à une grande fréquence même s'ils ne sont pas à l'origine de conséquences graves.”

(Manuel de gestion des risques, 2006, p. 1.9).



Définitions du législateur (suite)

- Exemples d'événements sentinelles:

- Une transfusion incompatible administrée à un usager per-op, laquelle entraîne un choc anaphylactique et son décès.

- La stérilisation flashpack utilisée au quotidien pour stériliser de l'équipement chirurgical, faute de matériel en quantité suffisante.

La gestion des risques

- **Gestion des risques:**

“Processus régulier, continu, coordonné et intégré à l’ensemble des systèmes et des sous-systèmes de l’organisation qui permet l’identification, l’analyse, le contrôle et l’évaluation des risques et des situations jugées à risque (...).” (AHQ,1991, p.5)

“Approche qui vise à prévenir la réalisation des risques, ou, s’ils se réalisent, à en réduire les conséquences”(AHQ,2004).

- **C’est le travail de tous au quotidien; chaque professionnel a une contribution importante.**



La gestion des risques (suite)

Les risques en milieu hospitalier:

- **Risques cliniques:**
Prestation sécuritaire des soins et services (médicament, traitement, test diagnostique, diète, problème de matériel, etc.), prévention des infections, permis de pratique, certifications de compétences individuelles;
- **Risques administratifs** (politiques, procédures, règles de soins);
- **Risques techniques** (entretiens préventifs et réguliers des équipements, prévention des incendies, alertes et rappels).
- Etc...



La gestion des risques: des résultats...

Selon une étude menée auprès de 16 hôpitaux du Québec (Blais et al., 2004):

- 5.6% des admissions de clientèles adultes étaient associées à un événement indésirable;
- Dans 26.8% de ces cas, l'événement était évitable;
- Les principaux types d'événements indésirables sont: les **complications post-opératoires** et les **erreurs médicamenteuses**;
- Selon d'autres études, ce sont les **infections nosocomiales** qui constituent le deuxième plus grand problème vécu par les patients.

Votre rôle en matière de gestion des risques

- **Le premier réflexe de l'humain: trouver un coupable... ou tenter des poursuites légales pour obtenir une compensation;**
- **On ne cherche pas au bon endroit... les causes des problèmes sont plutôt de nature systémique;**
- **Nous devons modifier nos façons de faire afin d'adopter une approche sans blâme!**



Votre rôle en matière de gestion des risques (suite)

Une culture de sécurité doit encourager tous les acteurs de l'organisation à agir à 3 niveaux pour faire face aux risques pouvant compromettre la sécurité:

- 1. Documenter les événements survenus;**
- 2. Prendre les moyens nécessaires pour les prévenir;**
- 3. Réduire les conséquences et corriger les processus fautifs (Institute of Medicine 2004).**

« Il ne sert à rien de recenser les événements indésirables de façon exhaustive si on ne cherche pas à en comprendre les causes et si on n'utilise pas l'information recueillie. » (Blais, 2008, p.8)

Votre rôle en matière de gestion des risques (suite)

- **La culture juste:**

Approche qui favorise la déclaration d'événements indésirables et qui permet de développer une culture de prévention avant même qu'une erreur ne survienne.

Son intention n'est pas de porter le blâme sur un individu ou sur un groupe de personnes...

On recherche des solutions plutôt que des coupables.

- **Les facteurs humains** jouent un rôle incontestable dans la survenue des événements;

Chaque événement déclaré (incident ou accident) aide l'établissement à identifier les faiblesses de ses processus à l'origine des erreurs.

Votre rôle en matière de gestion des risques (suite)

- **Demeurez vigilants;**
- **Ouvrez l'œil: identifiez rapidement tout événement indésirable;**
- **Demeurez un professionnel compétent et engagé pour assurer la sécurité des usagers !**



Votre rôle en matière de gestion des risques (suite)

Distinctions:

- **On déclare à l'établissement (incidents et accidents).**

Déclarer, c'est faire connaître l'existence d'un fait .

- **On divulgue à l'utilisateur ou à ses proches (accidents).**

Divulguer, c'est porter à la connaissance de l'utilisateur ou des proches l'accident survenu ainsi que les mesures prises pour contrer les conséquences mais aussi pour prévenir la récurrence de l'événement.



La déclaration

- **Que doit-on déclarer?**

Tout événement, situation non souhaitée ou indésirable qui a nui, ou aurait pu nuire à la santé d'un usager ou de tiers.

Il faut déclarer les accidents et aussi les incidents.



La déclaration

- **Comment déclarer?**
 - **Utiliser le rapport de déclaration d'un accident ou incident (AH-223) et le faire suivre aux personnes concernées;**
 - **La copie originale sera versée au dossier de l'utilisateur.**

Ce qui ne doit pas être déclaré sur ce formulaire:

- **Accidents de travail (DRH);**
- **Infections nosocomiales (Équipe de prévention des infections);**
- **Complications prévisibles de la maladie.**

**Nouveau
formulaire de
déclaration
AH-223
à utiliser
obligatoirement
depuis le 1er avril
2008.**

**RAPPORT DE DÉCLARATION
D'INCIDENT OU D'ACCIDENT**

N° du formulaire

À l'usage des
CH-CSSS-CHSLD

N° de l'événement

DT9034

Nom de l'établissement :

Section 1 : Nom de la personne touchée

Type de personne touchée :

Aucune (si oui, passez à la section 2) Usager

Autre (précisez) :

Année Mois Jour (si applicable) (si applicable)

Nom et prénom à la naissance

Nom usuel ou nom de famille

Adresse

Carte postale Téléphone Tél. fax

N° d'assurance maladie Nom du médecin traitant

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

Événement			Heure			Réelle	Estimée	Indéterminée
Année	Mois	Jour	Heure	Min		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Constat Année Mois Jour Heure Min

Endroit (précisez le site, le service, l'unité, le lieu, le type de local ou d'espace) :

Section 3 : Description objective et détaillée de l'événement (sans analyse, ni jugement, ni accusation)

Section 4 : Type d'événement (veuillez cocher la case appropriée)

A- Chute (décrivez les circonstances précises – veuillez cocher la case appropriée)

Chaise/fauteuil Chutes répétitives Civière En circulant Lit Quasi-chute Trouvé par terre Autre

B- Erreur de : Médicament Traitement Test diagnostique Diète

Erreur interceptée avant l'administration Identité de l'utilisateur Dose Voie d'administration/ de prélèvement Nature du médicament/du traitement/du test/de la diète Heure d'administration/ de prélèvement

Omission – inscrivez dans la colonne « b » le médicament/le traitement/le test/la diète prescrite Allergie Entreposage Infiltration/extravasation Autre

a) Médicament/traitement/test/diète qui a effectivement été administré/prélevé/livré				b) Médicament/traitement/test/diète prescrit qui aurait dû être administré/prélevé/livré			
Identification	Dose	Voie	Heure	Identification	Dose	Voie	Heure

C- Problème de : Matériel Équipement Bâtiment Effet personnel

Description du matériel de l'équipement du bâtiment de l'effet personnel en cause :

Bris/défectuosité Disponibilité Inondation Panne électrique Programmation Stérilité Autre

Disparition Incendie Panne d'ascenseur Panne informatique Salubrité Utilisation non conforme

D- Possibilité d'abus, d'agression ou de harcèlement (veuillez cocher la ou les case(s) appropriée(s))

Type d'abus, d'agression ou de harcèlement :

Psychologique/verbal Physique Sexuel Code blanc

E- Incident/accident transfusionnel (veuillez remplir le formulaire AH-520)

F- Autres types d'événements (veuillez cocher la case appropriée)

Automutilation Décompte chirurgical inexact/omis Fugue Obstruction respiratoire Situation à risque

Blessure d'origine inconnue Délai/retard Lié au consentement Plaque de pression Tentative de suicide

Bris d'asepsie ou de stérilité Erreur liée au dossier Lié aux contentions Refus de quitter les lieux Autre

Bris de confidentialité Évasion Non-respect d'une procédure Refus de traitement

Section 5 : Conséquences immédiates pour la personne touchée (veuillez cocher la ou les case(s) appropriée(s))

Aucune Physiques Psychologiques Décès Autres (précisez) :

Décrivez les conséquences physiques (parties du corps, douleurs, ecchymoses, fractures, etc.), psychologiques ou autres pour la personne touchée :

Section 6 : Intervention(s) effectuée(s), mesure(s) prise(s) et personne(s) jointe(s) ou prévenue(s)

Décrivez les mesures prises :

Personnes	Nom :	Fonction ou lien :	Heure :	<input type="checkbox"/> Visite faite

Section 7 : Nom du déclarant

Nom du déclarant	Titre ou fonction	Poste téléphonique	Signature	Date du rapport (année, mois, jour)

La déclaration (suite)

- **Qui doit déclarer?**
 - **Tout employé;**
 - **Toute personne qui exerce sa profession dans l'établissement;**
 - **Tout stagiaire;**
 - **Toute personne liée par un contrat de services et qui dispense des soins ou services aux usagers.**

Votre implication à la déclaration des incidents et accidents est primordiale!

Déclarer un incident ou un accident

Ce n'est pas

- Revendiquer la responsabilité de l'événement;
- S'auto-accuser;
- Dénoncer ou accuser quelqu'un d'autre.

C'est

- Déclarer une situation à risques;
- Mettre en lumière un maillon faible dans un processus;
- Permettre que des mesures correctives et préventives soient mises en place.



32e Conférence provinciale SOOR:
La motivation au coeur de nos actions

Le cheminement de la déclaration

- Survenue d'un événement indésirable;
- Appliquer les mesures correctives immédiates pour assurer la sécurité des usagers;
- Aviser son supérieur /Déclarer l'événement /Divulguer si accident / Offrir des mesures de soutien;
- Lecture, analyse et compilation de tous les événements par le gestionnaire de risques;
- Révision des processus organisationnels / Analyse d'événements sentinelles;

↪ Amélioration de la sécurité pour le bénéfice des usagers.

La divulgation

▪ Quand divulgue-t-on?

- Lors d'un accident (événement avec conséquence) présente ou appréhendée;
- En post-op immédiat lorsque l'utilisateur est en mesure de comprendre... ou à ses proches dès que possible.

▪ Que divulgue-t-on?

- Les faits (seulement les faits) directement, avec compassion et en décrivant ce que nous avons fait pour contrer les conséquences et éviter la récurrence d'un tel événement dans le futur;
- S'il y a lieu, la divulgation doit comprendre les mesures de soutien, incluant les soins appropriés, mis à la disposition de l'utilisateur ou de son représentant.

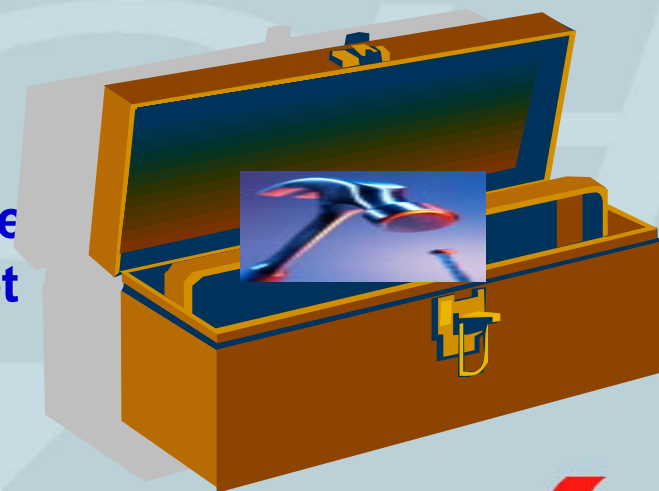
La divulgation (suite)

- **Qui doit divulguer?**
 - À déterminer en fonction des circonstances;
 - La personne qui divulgue doit être celle qui est la plus en mesure d'apporter le plus grand nombre de réponses;
 - Dans la très grande majorité des cas, le médecin traitant avec le ou les professionnels les plus significatifs pour l'utilisateur, seront les personnes appropriées.



Des outils pour votre pratique quotidienne

- Rapport de déclaration d'incident ou d'accident AH-223;
- Rapport de divulgation d'accident;
- Échelle de gravité des incidents /accidents – Définitions et arbre décisionnel
(document fourni par la Direction de assurances du réseau de la santé et des services sociaux et le MSSS).



ÉCHELLES DE GRAVITÉ DES INCIDENTS / ACCIDENTS - DÉFINITIONS & ARBRE DÉCISIONNEL



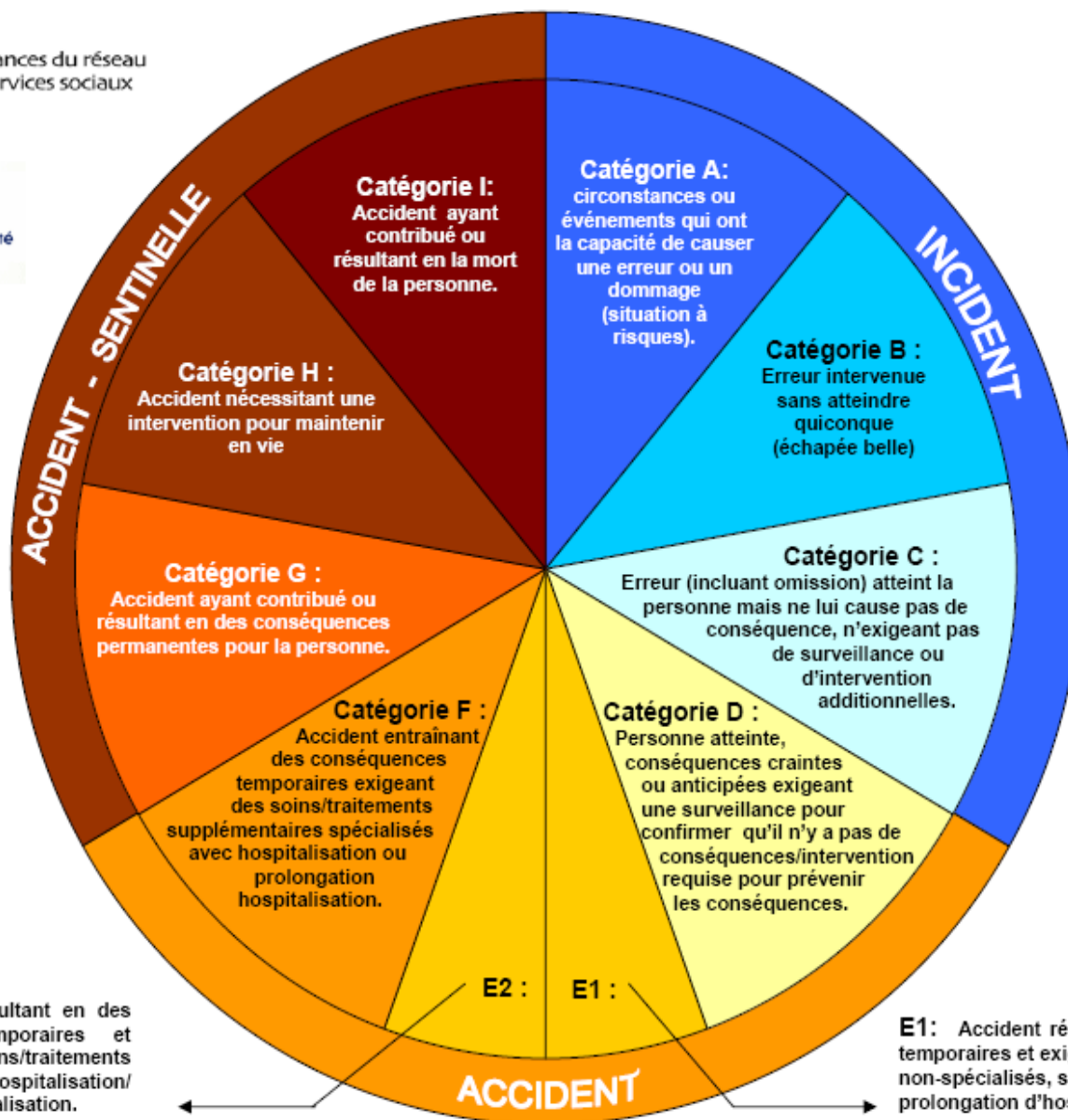
Direction des assurances du réseau de la santé et des services sociaux

ASSOCIATION QUÉBÉCOISE

d'établissements de santé et de services sociaux

Markirit Armutlu (CHSM)
Nathalie Trastour (CUSM)

Santé et Services sociaux Québec



ÉCHELLE DE GRAVITÉ DES INCIDENTS / ACCIDENTS - DÉFINITIONS & ARBRE DÉCISIONNEL

DÉFINITIONS:

Conséquences:

Perte d'une fonction physique, émotionnelle ou psychologique ou partie du corps et/ou douleur en résultant.

Surveillance:

Observer ou enregistrer les signes physiques ou psychologiques.

Intervention:

peut inclure un changement de thérapie ou traitement médicale/chirurgical.

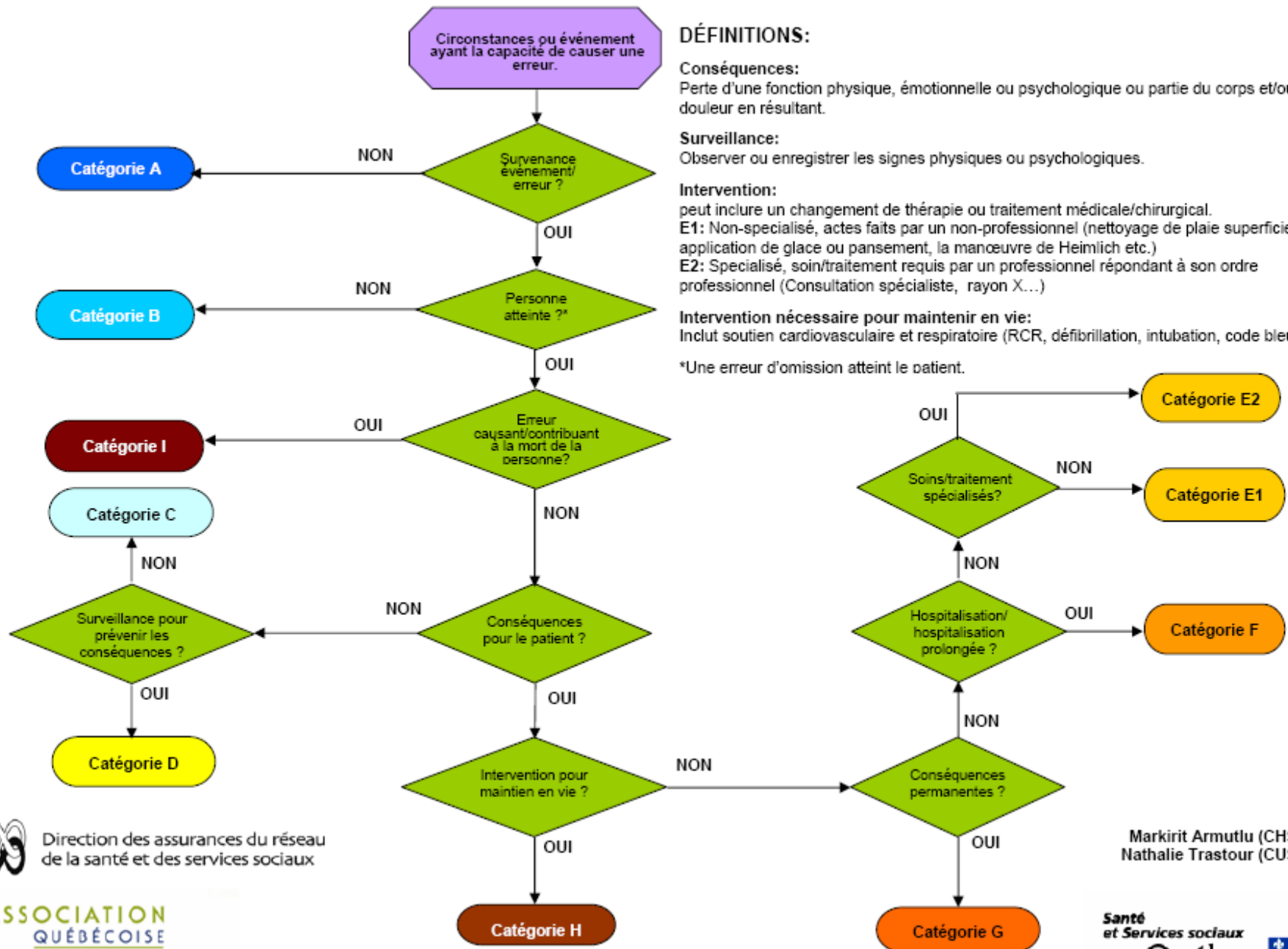
E1: Non-spécialisé, actes faits par un non-professionnel (nettoyage de plaie superficielle, application de glace ou pansement, la manœuvre de Heimlich etc.)

E2: Spécialisé, soin/traitement requis par un professionnel répondant à son ordre professionnel (Consultation spécialiste, rayon X...)

Intervention nécessaire pour maintenir en vie:

Inclut soutien cardiovasculaire et respiratoire (RCR, défibrillation, intubation, code bleu.)

*Une erreur d'omission atteint le patient.



Direction des assurances du réseau de la santé et des services sociaux

ASSOCIATION QUÉBÉCOISE d'établissements de santé et de services sociaux

Markirit Armutlu (CHSM)
Nathalie Trastour (CUSM)

Santé et Services sociaux Québec

Exercice de mises en situations

- Mises en situations à compléter en petits groupes;
- Retour et discussion.



Conclusion

- **La sécurité doit être la préoccupation quotidienne de tous les intervenants;**
- **Aucune organisation ne pourra y arriver sans la collaboration de tous ses employés;**
- **Le développement d'une culture de sécurité et de gestion des risques dans votre établissement passe obligatoirement par chacun de vous; par tous ces petits gestes au quotidien qui font de vous un professionnel compétent et vigilant...**

Références

- Association des hôpitaux du Québec. *Manuel de gestion des risques*, Montréal, AHQ, 1991, p. 5.
- Blais, Régis. *La sécurité des patients: ampleur du problème et pistes de solutions*. *Le Point en administration de la santé et des services sociaux*, Printemps 2008, vol. 4, no 1, p.6.
- Gouvernement du Québec. *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., c. S-4.2, art. 183.2, art. 8.
- Hudson P. *Applying the lessons of high risk industries to health care*. *Qual Saf Health Care*, 2003, 12 suppl 1: i7-12.
- Reason J. *Achieving a safe culture: theory and practice*. *Work & Stress* 1998; 12 (3): 293-296.

Références (suite)

- **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 du Québec, Montréal, 2006.**
- **Ste-Marie, Micheline. Les facteurs humains et la sécurité des patients dans Le Point en administration de la santé et des services sociaux, Printemps 2008, vol. 4, no 1, p. 24 – 26.**

Questions et commentaires

