

Mot de la directrice adjointe à l'amélioration continue de la qualité

Bonjour à vous,

Je trouvais important de m'adresser à vous aujourd'hui afin de vous faire part de certains changements quant à la structure organisationnelle de notre direction. Suivant le départ de la coordonnatrice au suivi de la qualité en mai dernier, une réflexion s'est amorcée au sein de la direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique (DQEPE) afin de revoir l'organisation de nos services. Dorénavant, la coordination au suivi de la qualité relèvera de la direction adjointe à l'amélioration continue de la qualité, dont je suis la directrice adjointe.

Je me propose donc, au cours des prochains mois, d'aller rencontrer chacun de vos représentants d'association par le biais des comités locaux de concertation (CLC). J'accepte avec joie ce nouveau mandat et tiens à vous assurer de mon désir de travailler en partenariat avec vous pour le bien-être des usagers.

Cordialement,
Marlène Chevanel

Capsule portant sur les services communs

Préparer et assurer le service des repas

« La ressource prépare des repas et des collations qui respectent le Guide alimentaire canadien et les besoins de l'utilisateur et favorise une saine alimentation. Les repas se composent d'aliments variés ayant généralement une bonne valeur nutritive. La ressource respecte le rythme, les goûts et les préférences alimentaires de l'utilisateur. Elle respecte les normes d'hygiène et de salubrité courantes ».¹

Ce service commun fait référence à votre responsabilité de fournir des repas et des collations aux usagers, chaque jour et à des heures régulières. La nourriture servie doit répondre au Guide alimentaire canadien et les aliments doivent contenir suffisamment de nutriments. Cela signifie également que lorsque l'utilisateur s'absente de votre milieu pendant l'heure du repas, vous devez vous assurer qu'il puisse s'alimenter. Par exemple, si l'utilisateur fréquente l'école ou un centre de jour et qu'il n'est pas possible qu'il retourne à la maison pour le dîner, vous devez lui fournir un repas et des collations. Le cas échéant, n'oubliez pas de prendre les dispositions nécessaires pour que les aliments périssables soient conservés à 4 degrés et moins pour prévenir l'apparition d'une toxi-infection alimentaire. Également, il peut arriver que l'utilisateur ne se présente pas à l'heure du repas convenue pour différentes raisons. Dans ces situations, vous devez vous assurer que l'utilisateur ait mangé, si ce n'est pas le cas, lui fournir un repas complet même si cela est en dehors des heures de repas prévues. Les usagers doivent également avoir accès à de la nourriture en quantité suffisante afin d'avoir un sentiment de satiété. Un usager qui exprime sa faim en dehors des heures de repas devrait donc avoir accès à des collations pour patienter.

En ce qui concerne les repas au restaurant, qu'ils soient livrés ou mangés en salle avec les usagers, les coûts associés à cette dépense vous reviennent. Toutefois, il peut y avoir des exceptions, notamment, lorsque l'utilisateur décide de se commander du restaurant alors que vous aviez prévu lui préparer un repas. Dans cet exemple, le coût de la commande reviendrait alors à l'utilisateur.

Ce service commun précise aussi que les usagers doivent avoir la possibilité de donner leur avis quant aux aliments consommés. Par exemple, un usager végétarien devrait avoir accès à des repas qui respectent ses goûts. Il est toutefois attendu de la part de la ressource qu'elle puisse faire connaître aux usagers une variété d'aliments. La complexité de ce service commun est de

¹ Règlement sur la classification des services offerts par une ressource intermédiaire et d'une ressource de type familial

réussir à fournir un repas équilibré tout en respectant les goûts et les particularités alimentaires de tous et chacun.

Lors des visites dans votre milieu, l'intervenant au suivi de la qualité vérifiera la façon dont vous rendez ce service aux usagers. Pour ce faire, il peut vous demander de lui fournir vos menus ou encore vous questionner sur le contenu des repas mangés par les usagers dans les jours précédents. Ces informations vont lui permettre de vérifier si les menus sont équilibrés et s'ils suivent les précisions inscrites à l'Instrument de classification quant à la diète, les textures alimentaires, les allergies, etc. L'intervenant peut également vous questionner sur la routine des repas, les préférences des usagers, leurs besoins concernant les adaptations (ustensile, napperon, pictogramme, etc.). Il peut également aller vous visiter pendant une période de repas ou de collation afin d'observer comment le service est rendu et comment l'entretien ménager est effectué. Par exemple, il peut observer si la désinfection des surfaces de travail est effectuée adéquatement. Il peut également vous questionner sur les produits que vous utilisez pour nettoyer vos surfaces de travail ou encore sur les moyens de prévention que vous utilisez pour éviter la contamination croisée lors de manipulation de certaines viandes crues (poulet, bœuf haché, etc.). Enfin, l'intervenant au suivi de la qualité peut aller vérifier auprès des différents intervenants gravitant autour de l'usager la qualité des lunchs et collations fournis, le cas échéant.

Visites ministérielles d'évaluation de la qualité des milieux de vie

Les visites d'évaluation de la qualité constituent un des outils dont dispose le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pour veiller à ce que toute personne qui vit dans un milieu de vie substitut rattaché ou faisant partie du réseau public puisse bénéficier de services adéquats et d'un environnement de qualité. C'est dans ce contexte que se sont réalisées, entre le 4 et le 6 février 2020, des visites ministérielles dans les RI-RTF de la région de Capitale-Nationale accueillant une clientèle ayant une problématique de santé mentale. En tout, 10 ressources ont été visitées au cours de cette période. Au terme de leur démarche, les

visiteurs ont tenus à souligner aux ressources et à l'établissement les bons coups suivants :

- Accueil et disponibilité des RI-RTF à recevoir le MSSS;
- Intensité des services offerts aux usagers par le personnel clinique;
- Disponibilité des intervenants des usagers et présence fréquente dans la ressource;
- Qualité de la complétion des classifications : elles sont connues et utilisées par les ressources;
- Révision de la classification réalisée lorsque requis;
- Respect de la confidentialité des données des usagers par les RI-RTF;
- Travail d'équipe entre les intervenants du CIUSSS et les RI-RTF.

Un rapport plus complet nous sera acheminé d'ici le mois de juin.

Nous tenons à remercier sincèrement les ressources qui ont participé aux visites ministérielles pour leur grande collaboration dans cette démarche.

Demande de remboursement de dépenses

À la suite de plusieurs demandes de la part des responsables résidentiels des RI-RTF, nous vous informons qu'il est dorénavant possible de fournir une **copie** de la facture qui doit faire l'objet d'un remboursement, plutôt que l'originale. Vous pouvez transmettre la copie de la facture par courrier postal, par télécopieur ou encore par courriel, en y joignant toujours le formulaire de remboursement de dépenses détaillées. À noter que si vous désirez opter pour cette pratique, vous devrez conserver les factures originales pour fin de vérifications occasionnelles. Bien entendu, il est toujours possible de transmettre votre formulaire de demande de remboursement de dépenses accompagné des factures originales si vous désirez poursuivre cette pratique.

La gestion des événements indésirables (incidents et accidents)

Saviez-vous que les RI-RTF ont l'obligation de déclarer, à l'aide du formulaire AH-223, les risques et les accidents survenant lors de la prestation de soins et services?

Au-delà de l'obligation légale, la gestion des risques et des événements indésirables a comme objectif l'amélioration de la qualité et de la sécurité des services. Le fait de connaître nos risques nous aide à les prévenir et à nous assurer qu'un événement malheureux ne se produise pas.

Voici quelques exemples d'événements ou de risques que vous devez déclarer au formulaire AH-223 :

- Les erreurs de médication (oublie de donner une médication, mauvaise dose, médicament donné au mauvais patient, médicament rangé de façon non sécuritaire...);
- Les chutes;
- Les abus ou agressions dont l'utilisateur est victime;
- Les blessures d'origine connue ou non;
- Les événements en lien avec l'équipement, les effets personnels, le bâtiment (le personnel brise un objet appartenant à l'utilisateur, un escalier non sécuritaire, un dégât d'eau qui touche la chambre de l'utilisateur).

Le processus de la gestion des risques implique également d'être transparent avec nos résidents : les mettre au courant lorsque se produit un accident, une erreur, et les tenir au courant de ce que nous mettons en place pour éviter que ça ne se reproduise.

Au CIUSSS de la Capitale-Nationale, la Politique de déclaration et de gestion des événements survenant lors de la prestation de soins et de services précise ce qui doit être déclaré ainsi que les grandes étapes de l'analyse des incidents et des accidents. Vous la trouverez en annexe de ce document.

De plus, de la formation portant sur la gestion des risques est offerte régulièrement aux RI-RTF afin de bien comprendre les rôles et responsabilités de chacun en ce qui a trait à la gestion des risques et vous soutenir dans la déclaration des événements.

N'hésitez pas à interpeller les intervenants du CIUSSS si vous avez des questions concernant la gestion des risques et le processus de déclaration. N'oubliez pas que le but est de rendre nos services encore plus sécuritaires.

Offre de formation

Vous trouverez en annexe une (1) offre de formation s'adressant aux ressources représentées par l'ARIHQ pour le mois d'avril 2020 :

- Cadre de référence RI-RTF : 28 avril 2020


En cas d'annulation

Si vous êtes dans l'obligation d'annuler votre présence à cette formation, nous vous prions d'en informer la personne responsable des inscriptions le plus rapidement possible au 418 683-2511 poste 2082.

Nous vous remercions de votre habituelle collaboration et vous souhaitons une bonne formation!

Fiche synthèse de formation

TITRE DE LA FORMATION	Formation sur le cadre de référence RI-RTF
CLIENTÈLE VISÉE	Responsable de ressources intermédiaires (RI) La formation s'adresse aux membres ARIHQ
OBJECTIFS	<ul style="list-style-type: none"> • Énoncer et faire connaître aux RI-RTF les orientations, les principes directeurs et les assises pour l'organisation, la gestion et la prestation de services en RI-RTF. • Offrir une référence commune aux RI-RTF et aux établissements. • Expliquer les balises utilisées par les établissements pour assurer le recrutement, l'évaluation et la vérification du maintien des critères généraux déterminés par le ministère. • Préciser les rôles et les responsabilités des établissements et des RI-RTF. • Favoriser une harmonisation dans l'organisation, la gestion et la prestation de service de qualité, et ce, dans le respect des particularités régionales, des cultures et des besoins spécifiques des clientèles variées. • Encourager le développement ou le maintien de relations fondées sur la bonne foi et les valeurs du Cadre de référence entre l'établissement et les RI-RTF
DURÉE	6,5 heures
DATE, HEURE ET ENDROIT	28 avril 2020 9 h à 16 h 30 7843 rue des Santolines, Québec (Québec) G1G 0G3 (salle SP-9A et 9B)
FORMATRICES	Karine Dupont, Agente de planification, de programmation et de recherche
MÉTHODOLOGIE D'ENSEIGNEMENT	Présentation théorique (Powerpoint)
TYPE D'ÉVALUATION	Évaluation de l'activité à la fin de la journée
MODALITÉS D'INSCRIPTION	Pour vous inscrire, nous vous invitons à joindre le 418 683 2511 poste 2082 Inscription jusqu'au 18 avril 2020 Il est demandé aux participants d'apporter leur propre exemplaire du Cadre de référence RI-RTF
STATIONNEMENT	Disponible près de l'entrée principale et dans les rues avoisinantes
REPAS	Possibilité d'apporter son lunch (micro-ondes, machines à café) Restaurants dans les alentours.

<p>Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale</p> 	POLITIQUE
	Code : PO-02
	Direction responsable : Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique
	Approuvée par :
	Approuvée (<i>ou adoptée</i>) au comité de direction le :
	Adoptée par le conseil d'administration le : 2016-05-17 Résolution no : 2016-05-17 CA-CIUSSS-2016-05[185]-17
Entrée en vigueur le : 2016-05-17 Cette politique annule toutes les autres politiques des anciens établissements du CIUSSS de la Capitale-Nationale Révisée le : 2018-10-02	
TITRE : <i>Politique relative à la déclaration et à la gestion des événements survenant lors de la prestation de soins et de services</i>	

<p>CONSULTATIONS</p> <p><input type="checkbox"/> Comité de direction :</p> <p><input type="checkbox"/> Comité de vigilance et de la qualité :</p> <p><input type="checkbox"/> Conseil d'administration :</p>	
---	--

Politique no : PO-02

Politique relative à la déclaration et à la gestion des événements survenant lors de la prestation de soins et de services

1 FONDEMENTS

La présente politique s'appuie sur :

- Les exigences légales prévues à la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS) quant à la déclaration et à la gestion des incidents et des accidents;
- La mission de l'établissement, notamment sur la volonté d'offrir des services axés sur la qualité et la sécurité qui s'appuient sur les meilleures pratiques et l'innovation;
- La vision de l'établissement, notamment le désir et la volonté d'obtenir et de garder la confiance de la population et de ses partenaires;
- Les meilleures pratiques recommandées par Agrément Canada en ce qui a trait à la déclaration et à la gestion des événements découlant de la prestation des soins de santé et de services sociaux.

2 PRINCIPES

Au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale, la gestion des événements indésirables est un élément primordial dans le développement d'une culture juste de sécurité, de qualité, de prévention et de transparence des soins et des services.

Cette culture doit se traduire par :

- Le développement d'une vision commune et l'engagement de tous les acteurs de l'établissement à déclarer les incidents et les accidents qui ont eu ou auraient pu avoir des conséquences sur la santé et la sécurité des usagers;
- L'identification des risques sur une base continue et à les rapporter dans un objectif de prévention;
- La collaboration à la mise en place de mesures préventives.

3 OBJECTIFS

Les objectifs de la présente politique sont de :

- Promouvoir une culture juste;
- Promouvoir une culture de sécurité;
- Promouvoir une culture d'amélioration continue;
- Mettre en place un cadre de gestion pour :
 - ✓ Déclarer les incidents et les accidents;
 - ✓ Divulguer aux usagers les accidents dont ils ont été victimes;
 - ✓ S'assurer qu'un soutien soit apporté à l'utilisateur et à ses proches;
 - ✓ Identifier et analyser les risques d'incident ou d'accident en vue d'assurer la sécurité des usagers et de prévenir la récurrence de ces événements;
 - ✓ Recommander des mesures d'amélioration;
 - ✓ Assurer le suivi des recommandations.

4 CHAMP D'APPLICATION

Cette politique s'adresse à tous les acteurs de l'établissement du CIUSSS de la Capitale-Nationale.

5 DÉFINITIONS

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

Acteur de l'établissement : Désigne chaque employé, médecin, gestionnaire, sage-femme, dentiste, stagiaire, bénévole et fournisseur de soins et de services de santé de l'établissement.

Analyse : Étude qui a pour but de déterminer les causes et les facteurs contributifs à la réalisation du risque et d'expliquer les rapports qu'ils entretiennent les uns avec les autres.

Analyse approfondie : Étude réalisée par une équipe d'analyse interdisciplinaire composée du personnel concerné par l'événement (service(s), direction(s)), et d'experts ou consultants indépendants internes ou externes réputés non impliqués dans l'événement (comité ad hoc). Cette démarche est coordonnée par le conseiller cadre à la gestion des risques et de la qualité.

L'analyse approfondie est une démarche exhaustive, structurée et rigoureuse axée sur les processus. Elle est réalisée lorsqu'un événement révèle des problématiques multiples et des lacunes importantes aux processus ou lorsqu'un événement implique plusieurs services ou directions. Elle a pour objectifs d'identifier toutes les causes et tous les facteurs contributifs, et également de mettre en lien une ou des problématiques reliant différents secteurs ou directions. Elle permet d'élaborer des recommandations organisationnelles pour prévenir la récurrence et qui visent la correction des défaillances du système.

Elle est réalisée à la suite de l'analyse détaillée du gestionnaire ou de son représentant et à la suite de l'enquête du professionnel en gestion des risques. L'analyse approfondie est consignée en complétant le *Rapport d'enquête et d'analyse de la gestion des risques*.

Analyse concise : Étude réalisée par l'équipe de gestion des risques et de la qualité, qui a pour objectifs de mettre en lumière des facteurs, des circonstances et des causes ayant contribué de près ou de loin à l'incident ou à l'accident, afin de mettre en place des mesures de prévention et dégager des recommandations. Cette analyse s'attarde « aux facteurs clés ».

Elle est réalisée à la suite de l'analyse détaillée du gestionnaire du secteur concerné ou son représentant et à la suite de l'enquête du professionnel

en gestion des risques. L'analyse concise est consignée en complétant le *Rapport d'enquête et d'analyse de la gestion des risques*.

Analyse détaillée :	Étude réalisée par le gestionnaire du secteur concerné ou son représentant et qui a pour objectifs de mettre en lumière des facteurs, des circonstances et des causes ayant contribué de près ou de loin à l'incident ou à l'accident, afin de mettre en place des mesures de prévention. L'analyse détaillée est consignée en remplissant le <i>Rapport d'analyse détaillée du gestionnaire</i> .
Analyse sommaire :	Étude réalisée par le gestionnaire du secteur concerné ou son représentant, et qui a pour objectifs de préciser les causes possibles de l'événement, proposer des mesures susceptibles de prévenir la récurrence, déterminer le niveau de gravité et indiquer les informations relatives à la divulgation initiale. L'analyse sommaire est consignée en remplissant les sections 10 à 13 du <i>Rapport de déclaration d'incident ou d'accident AH-223-1</i> .
Comité de gestion des risques :	Comité obligatoire prévu dans la Loi et dont la création, le nombre de membres et les règles de fonctionnement doivent faire l'objet d'un règlement du conseil d'administration (CA) de l'établissement.
Conséquence :	Impacts sur l'état de santé ou le bien-être de la personne victime de l'accident.
Déclaration :	Action de porter à la connaissance de l'organisation tout incident et tout accident constaté, et ce, à l'aide du rapport prévu à cet effet (AH-223-1).
Divulgation :	Action de porter à la connaissance de l'utilisateur, de ses proches ou de son représentant légal, toute l'information nécessaire relative à un accident dont l'utilisateur a été victime.
Événement :	Tout incident ou accident.
Gestion des risques :	Processus régulier, continu et coordonné qui permet l'identification, l'analyse, le contrôle et l'évaluation des risques et des situations jugées à risque qui ont eu ou auraient pu avoir des conséquences sur l'état de santé ou le bien-être d'un usager.
Incident :	Action ou situation qui n'entraînent pas de conséquence sur l'état de santé ou le bien-être d'un usager, mais dont le résultat est inhabituel et qui, en d'autres occasions, pourraient entraîner des conséquences.
Mesures de prévention de la récurrence :	Actions ou moyens pris pour prévenir qu'un événement de même nature se reproduit.

Recommandation :	Proposition formulée par des acteurs internes ou externes, qui après l'analyse d'un incident ou d'un accident, identifient différents moyens pour améliorer la qualité et la sécurité des soins et des services et prévenir la récurrence des événements.
Risque :	Combinaison de la probabilité qu'une situation entraînant des conséquences se produise et de l'importance des conséquences pouvant en résulter.
Sous-comité de gestion des risques :	Sous-comité découlant du comité de gestion des risques et qui en assume les responsabilités en s'assurant que les objectifs des activités de la gestion des risques sont réalisés par la direction qu'il représente.
Tableau de suivi des recommandations :	Outil dans lequel sont colligées toutes les recommandations issues de différentes instances émises envers le CIUSSS de la Capitale-Nationale. L'outil permet de suivre la réalisation de chacune des recommandations.
Usager :	Toute personne qui a reçu, reçoit ou requiert des services de santé ou des services sociaux de l'établissement.

6 MODALITÉS

6.1 Les interventions immédiates

À la suite d'un événement et tel que précisé dans la *Procédure relative à la déclaration et à la gestion des événements survenant lors de la prestation de soins et de services* du CIUSSS de la Capitale-Nationale, l'équipe de soins ou de services doit :

- Porter une assistance immédiate à l'utilisateur et assurer sa sécurité;
- Assurer la sécurité des autres usagers et des lieux, s'il y a lieu;
- Informer le gestionnaire ou son représentant;
- Prévenir la récurrence immédiate de l'événement, s'il y a lieu;
- Soutenir et prendre soin de l'utilisateur et de ses proches;
- Soutenir les membres de l'équipe.

6.2 La déclaration

Une fois les interventions immédiates mises en place, tout incident et tout accident doivent être déclarés au moyen du *Rapport de déclaration d'un incident ou d'un accident* (AH-223-1). La déclaration doit être faite en respectant les consignes du *Guide d'utilisation du rapport de déclaration du rapport de déclaration d'incident ou d'accident – AH-223-1* et de la *Procédure relative à la déclaration et à la gestion des événements survenant lors de la prestation de soins et de services* du CIUSSS de la Capitale-Nationale.

6.3 La divulgation des accidents

Tout accident doit obligatoirement être divulgué à l'utilisateur ou à ses proches le plus tôt possible après sa réalisation. Au CIUSSS de la Capitale-Nationale, tout accident de gravité D et plus doit obligatoirement être divulgué.

Le *Règlement relatif à la divulgation des événements* et la *Procédure relative à la déclaration et à la gestion des événements survenant lors de la prestation de soins et de services* du CIUSSS de la Capitale-Nationale précisent les modalités de la divulgation.

6.4 Les mesures de soutien

Afin de contrer ou d'atténuer les conséquences d'un incident ou d'un accident sur un usager ou ses proches, des mesures de soutien peuvent être offertes.

Le *Règlement relatif à la divulgation des événements* et la *Procédure relative à la déclaration et à la gestion des événements survenant lors de la prestation de soins et de services* du CIUSSS de la Capitale-Nationale précisent les modalités de l'application de ces mesures.

6.5 L'analyse des événements

L'analyse réalisée dans le cadre du processus de gestion des risques est un processus indépendant et distinct des enquêtes administratives, disciplinaires ou de l'évaluation de l'acte professionnel. Le processus de gestion des risques met l'accent sur les processus et non sur les personnes. Il vise à identifier les processus en cause et les recommandations visant à prévenir la récurrence des événements, alors que les autres types d'enquêtes touchent la qualité de l'acte ou la conduite d'un employé. Dans certaines circonstances, il peut être nécessaire de mener en parallèle deux types d'enquêtes distinctes et indépendantes.

Tous les incidents et les accidents déclarés sont analysés.

L'analyse est réalisée par différents acteurs et a une portée différente selon le degré d'analyse déterminé par la Direction de la qualité, de la performance, de l'évaluation et de l'éthique (DQEPE). Le choix du type d'analyse effectuée dépend de plusieurs critères dont : la gravité de l'événement, son caractère récurrent, des circonstances particulières, le milieu où l'événement s'est produit, la façon dont l'événement s'est produit, etc.

Ainsi, l'analyse peut être :

- Sommaire;
- Détaillée;
- Concise;
- Approfondie.

La *Procédure relative à la déclaration et à la gestion des événements survenant lors de la prestation de soins et de services* du CIUSSS de la Capitale-Nationale précise les modalités d'application et de réalisation de ces analyses.

6.6 Les recommandations et les suivis

Une recommandation est une proposition formulée par des acteurs internes ou externes qui, après l'analyse d'un incident ou d'un accident, identifient différents moyens pour améliorer la qualité et la sécurité des soins et des services et prévenir la récurrence des événements.

Les recommandations des sous-comités et du comité de gestion des risques sont inscrites officiellement dans l'outil *Tableau de suivi des recommandations* du CIUSSS de la Capitale-Nationale, dont la mise à jour est assumée par la DQEPE.

Les recommandations sont également présentées au comité de vigilance et de la qualité et au CA de l'établissement.

Les recommandations et le suivi de leur réalisation doivent être partagés avec les usagers, leurs proches ou leur représentant légal, les gestionnaires et les membres des équipes ou des directions concernées.

La *Procédure relative à la déclaration et à la gestion des événements survenant lors de la prestation de soins et de services* du CIUSSS de la Capitale-Nationale précise les modalités de l'application de ces mesures.

6.7 Le Rapport trimestriel de la gestion des risques et de la qualité

Le comité de gestion des risques doit faire rapport au comité de vigilance et de la qualité de l'établissement ainsi qu'au CA. C'est par le biais du *Rapport trimestriel de la gestion des risques et de la qualité* que l'information est transmise à ces instances.

Le rapport trimestriel comprend :

- Des données statistiques sur les incidents et les accidents déclarés pendant le trimestre;
- Les recommandations émises à l'analyse de certains événements;
- Les constats et analyses de certains événements préoccupants;
- Les recommandations émises par le Bureau du coroner;
- Les recommandations émises par le Protecteur du citoyen;
- Des données statistiques sur :
 - ✓ La prévention et le contrôle des infections;
 - ✓ Les mesures de contrôle, les fouilles, et les saisies en centre de réadaptation;
 - ✓ Les mesures d'encadrement intensif pour la Direction de la protection de la jeunesse;
 - ✓ Les incidents et les accidents transfusionnels;
- Des informations sur les avis, les alertes et les rappels;
- Les résultats des visites d'évaluation de la qualité du milieu de vie par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS);
- Des informations sur la gestion des ressourcements d'hébergement (ressource intermédiaire, ressource de type familial, ressource privée pour aînés et ressource d'hébergement en dépendances et jeux pathologiques).

6.8 Formation

La DQEPE a la responsabilité de s'assurer que des formations adaptées soient prêtes, disponibles et offertes à tous les acteurs de l'établissement, afin que ceux-ci puissent assumer leurs responsabilités à l'égard de la déclaration et de la gestion des incidents et des accidents.

Le contenu des formations doit donc être adapté aux fonctions, aux rôles et aux responsabilités des personnes et des groupes auxquels elles sont offertes.

7 RESPONSABILITÉS

7.1 Le conseil d'administration

- Adopte la politique;
- Donne suite aux recommandations émises dans les rapports trimestriels de l'organisme sur la sécurité des usagers;
- Prend acte des commentaires et recommandations en provenance des usagers et des familles en lien avec les événements liés à la qualité et à la sécurité.

7.2 Le comité de vigilance et de la qualité

- Reçoit et analyse le *Rapport trimestriel de la gestion des risques et de la qualité* ainsi que les recommandations de l'établissement sur la qualité et la sécurité des usagers transmis au CA;
- Fait des recommandations au CA dans un objectif d'amélioration de la sécurité et de la qualité et des soins et services;
- Assure le suivi de ces recommandations.

7.3 Le comité de gestion des risques

- Fait rapport au CA sur le fonctionnement de la gestion des risques, sur le développement d'une culture de sécurité dans l'établissement et fait les recommandations appropriées;
- S'assure que les situations à risque identifiées sont analysées;
- S'assure que des mesures de soutien sont offertes aux victimes et à leurs proches, lorsque nécessaire;
- Reçoit et analyse le *Rapport trimestriel de la gestion des risques et de la qualité* ainsi que les recommandations de l'établissement sur la qualité et la sécurité des usagers transmis au CA;
- S'assure que le programme de formation destiné aux nouveaux employés prévoit un contenu spécifique à la gestion des risques;
- S'assure que l'information spécifique à la gestion des risques soit diffusée au personnel;
- Crée tout groupe de travail jugé pertinent, le tout en conformité avec les règles de fonctionnement du comité édictées par le CA.

7.4 Chaque sous-comité de gestion des risques

- S'assure que les activités de la gestion des risques sont réalisées par la direction qu'il représente;

- Prend connaissance de toutes les mesures recommandées découlant des analyses des événements et consigne les raisons expliquant leur acceptation, leur rejet ou le report de leur mise en œuvre;
- Entérine ou émet des recommandations sur les événements;
- Assure le suivi et l'avancement des recommandations;
- Fait rapport au comité de gestion des risques et de la qualité.

7.5 Le président-directeur général

- Approuve la politique;
- S'assure de l'application de la présente politique;
- S'assure que les risques sont gérés de façon préventive et proactive;
- Intervient dans tout dossier jugé à risque.

7.6 La Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique

- Assure la mise à jour et la diffusion de la présente politique;
- Veille à l'application et au respect de la présente politique;
- Établit le processus de déclaration et de gestion des événements;
- Coordonne l'ensemble du processus de déclaration et de gestion des événements indésirables;
- Conseille et soutient tous les acteurs de l'établissement dans l'application de la présente politique;
- Assure la disponibilité et la mise à jour de la formation en gestion des risques;
- Produit le Rapport trimestriel de la gestion des risques et de la qualité et le Tableau de suivi des recommandations;
- Intervient dans tout dossier jugé à risque.

7.7 Le gestionnaire de risques

- Coordonne les activités de la gestion des risques;
- Soutient les gestionnaires et les intervenants selon leur secteur d'activités;
- Assiste le comité de gestion des risques et les sous-comités de gestion des risques dans la réalisation de leur mandat;
- Assure la garde des dossiers de la gestion des risques;
- Intervient dans tout dossier jugé à risque.

7.8 Chaque direction et gestionnaire

- Promeut la gestion des risques au sein de sa direction et auprès de son personnel;
- S'assure que tous les gestionnaires et acteurs de l'établissement mettent en œuvre la présente politique;
- S'assure du suivi des incidents et des accidents tel que le prévoit la Procédure relative à la déclaration et à la gestion des événements survenant lors de la prestation de soins et de services;
- S'assure de l'application et du suivi des recommandations qui lui sont adressées;

- Identifier les besoins de formation en gestion des risques de son personnel et s'assure que ces besoins sont répondus.

7.9 Les chefs de département

- Promeuvent la gestion des risques au sein de leur département;
- S'assurent que tous les médecins de leur département mettent en œuvre la présente politique;
- S'assurent du suivi des incidents et des accidents tel que le prévoit la *Procédure relative à la déclaration et à la gestion des événements survenant lors de la prestation de soins et de services*;
- S'assurent de l'application et du suivi des recommandations qui leur sont adressées;
- Identifient les besoins de formation en gestion des risques de leur département et s'assurent que ces besoins sont répondus.

7.10 Chaque acteur de l'établissement (incluant les usagers et leurs proches)

- Applique la présente politique selon ses responsabilités;
- Déclare les événements dont il est témoin;
- Assure les interventions immédiates après l'événement;
- Garde une préoccupation constante pour la qualité et la sécurité des soins et des services.

8 ENTRÉE EN VIGUEUR

La présente politique abroge toute politique sur la déclaration et la gestion des événements déjà émise et entre en vigueur le jour de son adoption par le CA.

9 RÉFÉRENCES

Agrément Canada (2017). *Pratiques organisationnelles requises*. Manuel 2018, Ottawa, Agrément Canada, 2018, 109 p.

Agrément Canada, *Norme Gouvernance*, Ottawa, Agrément Canada, 2017, 55 p.

Agrément Canada, *Norme Leadership*, Ottawa, Agrément Canada, 2017, 104 p.

Institut canadien pour la sécurité des patients, *Cadre canadien d'analyse des incidents*, ICSP, Ottawa, 2012, 141 p.

Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, c. S-4.2)

MSSS, *Guide d'utilisation du rapport de déclaration d'incident ou d'accident* – AH-223-1, 2014.

MSSS, *Système d'information sur la sécurité des soins et services : Lignes directrices à l'intention du réseau de la santé et des services sociaux*. Direction de la qualité, Direction générale de la planification, de la performance et de la qualité, 2011, 22 p.

MSSS, *Cadre de référence du registre national des incidents et accidents survenus lors de la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux* (RNIASSSS). Direction de la qualité, Direction générale de la planification, de la performance et de la qualité, 2011, 15 p.