

PROCEDURE DE GESTION DE RISQUE



SOINS PROFESSIONNELS
CHEZ VOUS



Avant-propos

Nous devons être prêts pour prévenir et gérer les risques d'accidents ou d'incidents dans notre pratique quotidienne à domicile. Il est impératif de déclarer ces incidents ou accidents afin de prévenir et d'éviter la récurrence.

Définition de la gestion des risques

- Il s'agit d'une pratique organisationnelle essentielle à une prestation sécuritaire des soins et services à domicile.
- L'objectif de cette pratique organisationnelle est l'amélioration des soins et services à domicile dans le but de les offrir de façon qualitative et sécuritaire.

Fréquence, gravité et conséquences potentielles des évènements

- Des évènements inattendus ou possiblement prévisibles ont lieu lors de notre pratique quotidienne dans les soins à domicile. Ces évènements doivent être déclarés obligatoirement et divulgués à notre clientèle.
- Dans notre pratique, l'objectif de la déclaration d'un évènement est de prévenir ou de corriger les situations et non de trouver le ou les coupables.
- L'objectif principal et unique est de prévenir, corriger et éviter la récurrence de ces évènements afin d'améliorer la qualité et la sécurité des soins et services pour conserver le lien de confiance avec notre clientèle envers la compagnie SPCV. Ce dernier est la base du lien thérapeutique qui guide et renforce notre pratique quotidienne des services et soins.

Déclaration : incident-accident

1. Infirmière-auxiliaire

- Prendre soin de la personne touchée par l'accident
- Informer l'infirmière
- Remplir le formulaire et le signer
- Aviser le client de l'erreur avec empathie et respect
- Envoyer le formulaire au directeur clinique
- Faire la note dans le dossier du client.



2. Infirmière

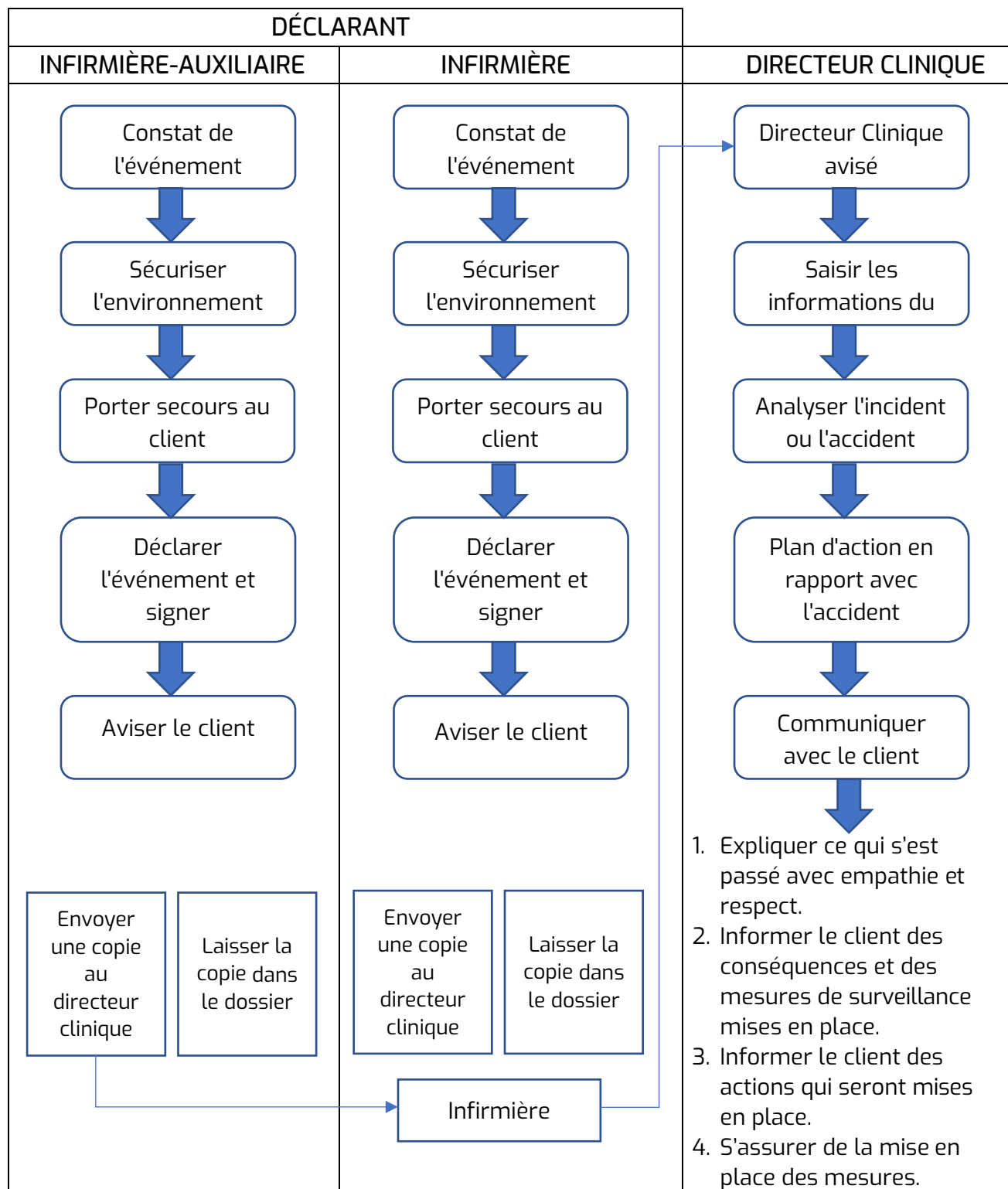
- Prendre soin de la personne touchée par l'accident
- Informer le directeur clinique
- Remplir le formulaire et le signer
- Aviser le client de l'erreur avec empathie et respect
- Envoyer le formulaire au directeur clinique
- Faire la note dans le dossier du client.

3. Directeur clinique

- Analyser les informations inscrites dans le formulaire de déclaration
- Mise en place des mesures pour éviter la récurrence
- Déterminer le niveau de gravité
- Mettre une copie de l'analyse dans le dossier du client
- Appeler le client avec empathie et respect
- Infirmier le client des conséquences immédiates et des mesures de surveillance nécessaires
- Informer le client des actions qui seront mises en place pour comprendre et éviter la récurrence de l'incident ou accident
- Consigner la divulgation sur le formulaire.



PROCESSUS DE DÉCLARATION D'UN ÉVÉNEMENT ACCIDENTEL





AIDE-MÉMOIRE POUR DÉTERMINER L'ÉCHELLE DE GRAVITÉ D'UN ÉVÉNEMENT

Incident	Usager non atteint	Aucune conséquence	Situation à risque	A	Divulgence non nécessaire
			Échappée belle	B	
Accident	Usager atteint	Aucune conséquence	Aucune surveillance ou intervention	C	Divulgence souhaitée
			Conséquences appréhendées	Observation / évaluation sommaire	
		Conséquences temporaires	Soins et traitements non spécialisés	E1	Divulgence obligatoire
			Soins et traitements spécialisés	E2	
			Soins et traitements spécialisés + hospitalisation	F	
		Évènement sentinelle	Usager atteint	Conséquences permanentes	Conséquences permanentes
Maintien en vie	H				
Décès	I				



AIDE-MÉMOIRE POUR DÉTERMINER L'ÉCHELLE DE GRAVITÉ D'UN ÉVÉNEMENT

A	Présence d'une flaque d'eau dans l'appartement
B	Constater un mauvais dosage d'un médicament avant de l'administrer
C	Oubli de donner un médicament, mais sans conséquence, et aucune surveillance ou intervention n'est nécessaire
D	Chute avec conséquence, par exemple une petite déchirure
E1	Chute avec un œdème de la cheville
E2	Un client fait une chute avec une grande lacération profonde du cuir chevelu et des points de suture sont nécessaires
F	Chute avec une fracture de l'avant-bras
G	Engelure des deux orteils suite à une sortie à l'extérieur, nécessitant l'amputation des deux orteils
H	Une erreur de médicament causant un arrêt cardiaque nécessitant une réanimation
I	Un client qui s'étouffe et cela a provoqué son décès



Nom :

Prénom :

Date de naissance :

N° d'assurance maladie :

RAPPORT DE DÉCLARATION D'INCIDENT OU D'ACCIDENT

1. Date, heure, lieu de l'évènement		
	Date	Heure
Évènement		
Constat		
2. Lieu où s'est produit l'évènement		
3. Information sur l'utilisateur		
Aptitude : <input type="checkbox"/> Apte <input type="checkbox"/> Inapte		
Type de déficience : <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Auditive <input type="checkbox"/> Cognitive <input type="checkbox"/> Intellectuelle <input type="checkbox"/> Langage <input type="checkbox"/> Motrice <input type="checkbox"/> Physique <input type="checkbox"/> Visuelle <input type="checkbox"/> Multi déficience		
4. Situation et contexte préalable		
État de la personne : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Agité <input type="checkbox"/> Somnolent <input type="checkbox"/> Désorienté/confus <input type="checkbox"/> Agressif/violent		
Autonomie : <input type="checkbox"/> Totale <input type="checkbox"/> Partielle <input type="checkbox"/> Dépendance totale		
Surveillance : <input type="checkbox"/> Ne nécessite pas <input type="checkbox"/> Nécessite		



5. Description objective et détaillée de l'évènement

6. Type d'évènement

Chute : Chute Quasi-chute

Lieu de la chute :

Erreur de médicament :

Allergie connue Heure et date d'administration

Péremption Dose Omission

Examen :

Allergie aux produits Autre



7. Autres problèmes	
Types	Description
<input type="checkbox"/> Matériel	
<input type="checkbox"/> Équipement	
<input type="checkbox"/> Bâtiment	
<input type="checkbox"/> Effets personnels	
8. Problèmes d'abus, d'agression, de harcèlement ou d'intimidation	
<input type="checkbox"/> Abus	<input type="checkbox"/> Agression <input type="checkbox"/> Harcèlement ou intimidation
Type : <input type="checkbox"/> Physique	<input type="checkbox"/> Psychologique <input type="checkbox"/> Sexuel <input type="checkbox"/> Financier
9. Autres types d'événement	
<input type="checkbox"/> Bris de confidentialité <input type="checkbox"/> Erreur liée au dossier <input type="checkbox"/> Tentative du suicide <input type="checkbox"/> Automutilation <input type="checkbox"/> Intoxication suite à la consommation drogues/alcool <input type="checkbox"/> Obstruction respiratoire <input type="checkbox"/> Blessure d'origine inconnue <input type="checkbox"/> Place de pression <input type="checkbox"/> Autres	



10. Conséquences immédiates observées

- Aucune Psychologique Physiques Autres

11. Interventions effectuées, mesures prises

12. Nom du déclarant

Nom du déclarant : _____

Titre ou fonction : _____

Signature : _____

13. Partie réservée au directeur clinique

* Recommandation ou suggestion



* Causes possibles

- Inconnues Environnementales
- Liées à la personne touchée Liées aux facteurs humains
- Autres : _____

* Mesures de prévention de la récurrence retenue par le directeur clinique

- À l'endroit des intervenants
- À l'endroit de l'utilisateur
- Autres _____

Gravité

- A B C D E1 E2 F G H I Indéterminé

Divulgence E1 À I

- N/A Faite

Documentation : Au dossier Autre

Signature

Nom et prénom : _____

Titre ou fonction : _____

Signature : _____

Date : _____