



CADRE CANADIEN D'ANALYSE DES INCIDENTS

Étude de cas – Analyse exhaustive d'une fugue d'un centre de soins de longue durée

© 2012 Institut canadien pour la sécurité des patients

Tous droits réservés. Une permission est accordée par les présentes pour redistribuer ce document, en partie ou en totalité, à des fins pédagogiques non commerciales, sous réserve que son contenu ne soit pas modifié, que l'Institut canadien pour la sécurité des patients soit dûment reconnu pour ce travail et qu'il soit mentionné clairement que l'Institut canadien pour la sécurité des patients ne soutient pas cette redistribution du document. Une permission écrite de l'Institut canadien pour la sécurité des patients doit être obtenue pour faire usage de ce document à toute autre fin, y compris pour en utiliser les illustrations dans un but commercial.

Citation entière :

Partenaires collaborant à l'analyse des incidents. Cadre canadien d'analyse des incidents. Edmonton, Alberta : Institut canadien pour la sécurité des patients, 2012. Les partenaires collaborant à l'analyse des incidents sont l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP), l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada, Saskatchewan Health, Patients pour la sécurité des patients du Canada (un programme de l'ICSP dirigé par les patients), Paula Beard, Carolyn E. Hoffman et Micheline Ste-Marie.

Cette publication est téléchargeable gratuitement à : www.securitedespateurs.ca

Pour obtenir des renseignements supplémentaires ou pour faire des commentaires, veuillez utiliser

l'adresse suivante : analysis@cpsi-icsp.ca



**CADRE CANADIEN
D'ANALYSE DES INCIDENTS**

J. ÉTUDE DE CAS – ANALYSE EXHAUSTIVE D’UNE FUGUE D’UN CENTRE DE SOINS DE LONGUE DURÉE

Contexte

Le cas à analyser concerne une fugue survenue à l’unité sécurisée des soins aux personnes atteintes de démence d’un centre de soins de longue durée (CSLD). Le centre est situé dans une ville du centre du Canada. Durant l’été, la température y atteint 35°C, alors qu’en hiver, le mercure peut descendre jusqu’à - 30°C.

Dans ce centre, les résidents susceptibles de fuguer sont munis d’un bracelet électronique. Des alarmes de surveillance ont été installées à l’entrée principale, à l’avant de l’unité, située tout juste à côté de la porte avant du bâtiment, ainsi qu’à une sortie d’urgence à l’arrière de l’unité, qui est aussi l’arrière du bâtiment. La porte de sortie d’urgence demeure verrouillée en tout temps et une alarme retentit lorsqu’on l’ouvre. Les bracelets électroniques sont vérifiés toutes les deux semaines pour veiller à ce qu’ils fonctionnent correctement.

Incident

Au souper, une aide-diététicienne a remarqué qu’une résidente de 75 ans n’était pas dans la salle à manger; on a demandé à un aide-soignant de la chercher, mais elle n’était nulle part dans le centre. Un code jaune a alors été déclenché. Au moment d’aviser la police, on a appris que la résidente avait été retrouvée, transie de froid et confuse, marchant sur une route à 2 km de là et que la police tentait de savoir où elle vivait. La résidente a été amenée à l’urgence de l’hôpital régional pour examen et traitement.

Mesures immédiates

Le directeur des soins du CSLD et la direction de l’établissement ont été avisés et ont pris les mesures suivantes :

1. Ils ont communiqué avec la famille de la résidente pour l’informer de l’incident.
2. Ils ont immédiatement ordonné au personnel de :
 - a. veiller à la sécurité des autres résidents en vérifiant toutes les alarmes de porte et les bracelets de surveillance électronique;
 - b. mettre le dossier médical de la résidente en lieu sûr;
 - c. mettre en quarantaine le bracelet de surveillance électronique de la résidente dès son retour au centre;
 - d. tester les alarmes des issues de secours.
3. Ils ont rencontré le personnel concerné le lendemain matin et fait un premier bilan afin de rassembler et d’établir les faits connus et d’offrir un soutien psychologique; ils ont avisé le personnel des services offerts dans le cadre du Programme d’aide aux employés (PAE), notamment la possibilité d’organiser une séance de bilan d’incident avec les intervenants du PAE.
4. Ils ont veillé à ce que les documents appropriés soient remplis dans le dossier médical et que le rapport d’incident soit complété.

MON CENTRE DE SOINS DE LONGUE DURÉE

Unité : <i>Du Souvenir 3B</i>	Identité du client (nom, âge, sexe) N00000123
Date de l'évènement : <i>Toute date</i>	<i>Marie Belle Humeur F</i> <i>77 Rue principale,</i> <i>Belle ville, Canada</i>
Heure de l'évènement : <i>18h40</i>	<i>Date de naissance 15/12/1936</i> <i>Dre Suzanne Aubonsoins - médecin</i>

<p>Description de l'évènement : (faits concis seulement, comment l'évènement a été découvert) <i>Femme de 76 ans résidant dans l'unité sécurisée pour personnes atteintes de démence, trouvée marchant le long de l'autoroute par la police à environ 2 km du centre.</i></p>	<p>Découvert par :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> INF. <input type="checkbox"/> INF. AUX. <input type="checkbox"/> Pharmacien <input type="checkbox"/> Assistant technique en pharmacie <input type="checkbox"/> MD <input checked="" type="checkbox"/> Autre police
<p>Patient - mesures et renseignements pertinents pris dans le cas du résident. <input type="checkbox"/> Cocher si non requis ou expliquer : <i>résidente trouvée transie de froid, « habillée seulement de vêtements légers et de pantoufles la nuit par temps frais [température de 10 °C] » et apparemment confuse. Emmenée à l'hôpital par la police- traitée avec des couvertures chaudes et liquides IV.</i></p>	
<p>Résultat :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Remarqué à temps <input type="checkbox"/> Aucun préjudice <input checked="" type="checkbox"/> Préjudice (surveillance ou interventions supplémentaires requises) <input type="checkbox"/> Préjudice majeur/ événement sentinelle (informer le gestionnaire ou son délégué sur-le-champ) <input type="checkbox"/> Décès (informer le gestionnaire ou son délégué sur-le-champ) 	

Personnes avisées :				
	Date	Heure	Sans objet	Commentaires
Médecin	Jour de l'évènement	19h15		
Directeur des soins	Jour de l'évènement	19h00		
Patient	Jour de l'évènement	s/o		
Famille	Jour de l'évènement	18h40 et 18h45		
Autre				

Se préparer pour l'analyse

Dans les jours qui suivirent l'incident, le directeur des soins et le coordonnateur de la qualité et de la sécurité des patients passèrent en revue les faits connus relatifs à l'incident. En consultation avec l'administration du centre, il a été décidé qu'une analyse exhaustive serait nécessaire. Cette décision a été communiquée à la famille de la résidente par le directeur des soins.

Une fois que la décision fut prise de procéder à une analyse exhaustive de l'incident, une équipe comprenant les personnes suivantes a été constituée :

- a. le gestionnaire de l'unité,
- b. le coordonnateur de la qualité et de la sécurité des patients,
- c. le médecin traitant,
- d. l'infirmière autorisée,
- e. l'infirmière auxiliaire,
- f. l'aide-soignant ou le préposé aux bénéficiaires,
- g. le représentant du comité des résidents

Processus d'analyse : que s'est-il passé?

Avant la première rencontre avec l'équipe d'analyse, le directeur des soins et le coordonnateur de la qualité et de la sécurité des patients ont réalisé les activités suivantes :

1. Rencontre avec tous les membres du personnel directement et indirectement concernés, soit tous les employés travaillant de jour et de soir cette journée-là, notamment les aides-diététiciennes, les aides-soignants ou les préposés, le médecin, l'infirmière, etc.
2. Entrevue avec toute autre personne pouvant détenir de l'information utile, p. ex., la famille de la résidente, les visiteurs des autres résidents.
3. Examen du dossier médical de la résidente pour connaître les soins qu'elle recevait et son état de santé et toute information qui pourrait s'avérer pertinente.
4. Examen des politiques et des procédures liées à la surveillance des résidents ayant des déficits cognitifs.
5. Vérification auprès de d'autres CSLD afin d'obtenir copie de leurs politiques et procédures liées à la surveillance des résidents ayant des déficits cognitifs. Les lignes directrices provinciales ont aussi été vérifiées, s'il en existe.

À la première rencontre avec l'équipe d'analyse, l'équipe a :

1. évalué les renseignements rassemblés par le directeur des soins et le coordonnateur de la qualité et de la sécurité des patients :
 - Les renseignements provenant du rapport d'incident :
 - o Résidente trouvée marchant sur l'autoroute à 2 km du CSLD par la police locale. Elle était transie de froid et confuse.
 - température extérieure de 10°C.
 - habillée seulement de vêtements légers et de chaussons
 - o La résidente a été transportée à l'urgence, examinée, et traitée.
 - o La police reçoit un appel du CSLD indiquant que la résidente est absente. La police avise que la résidente est en transit vers l'hôpital
 - o La résidente est évaluée à l'urgence et mise sous des couvertures chaudes, hydratée par perfusion et gardée en observation toute la nuit.

- o La résidente rentre au CSLD le lendemain matin après le déjeuner.
 - Les politiques et procédures relatives à la surveillance des résidents qui présentent un risque de fugue.
 - Les résultats d'une recherche documentaire et du milieu des soins de longue durée pour identifier les pratiques exemplaires en matière de gestion des résidents qui présentent un risque de fugue.
- 2. Visité les endroits pertinents, notamment la chambre de la résidente, la salle à manger et le salon, vérifiant l'emplacement des sorties et des alarmes. Une simulation « sécuritaire » de l'incident a été menée.
- 3. Examiné les bracelets de surveillance électronique de réserve et les instructions du fabricant ont été consultées.
- 4. Établir une description chronologique détaillée de l'incident (*Figure J.2*).

Figure J.2 : DESCRIPTION CHRONOLOGIQUE DE L'INCIDENT DE FUGUE («connaissances finales»)

DATE/HEURE	ÉLÉMENT D'INFORMATION	COMMENTAIRE/SOURCE
4 mois avant l'incident	<ul style="list-style-type: none"> • Résidente de 75 ans admise à l'unité sécurisée de soins aux personnes atteintes de démence du centre de SLD. • Antécédents médicaux : diabète de type II, démence. • Médication à l'admission : Metformin 500 mg trois fois par jour, Donepezil 5 mg une fois par jour, et multivitamines chaque jour. • Évaluation infirmière initiale : troubles de cognition, piètre capacité décisionnelle, légère confusion, marche sans aide avec une canne. • Jugée susceptible de fuguer; un bracelet électronique est placé à son poignet droit. 	Dossier médical; entrevues du personnel
6 semaines avant l'incident	Résidente de plus en plus confuse et agitée. Examinée par le médecin, qui a prescrit du Risperidone 0.25 mg au coucher.	Notes d'évolution des infirmières
4 semaines avant l'incident	Résidente retrouvée à l'extérieur du centre au début de la soirée, dans le stationnement du personnel à l'arrière du bâtiment, par un membre du personnel débutant son quart de soir. Le personnel en service n'a pas souvenir d'avoir entendu une alarme. Le bracelet électronique de la résidente a été testé et jugé en bon état de fonctionnement.	Notes d'évolution des infirmières; entrevues du personnel
2 semaines avant l'incident	Résidente très confuse; tente de quitter l'unité; renvoyée à sa chambre plusieurs fois par le personnel. Médecin appelé; ordonnance reçue pour augmenter le Risperidone à 0,25 mg deux fois par jour.	Notes d'évolution des infirmières
Jour de l'incident 11 h 45	La résidente dit à l'infirmière venue donner les médicaments du midi qu'elle «rentre à la maison». Le personnel organise le dîner de la résidente à la salle à manger, puis la ramène à sa chambre pour sa sieste habituelle. Elle est observée la dernière fois en train de prendre son dîner.	Entrevues du personnel
13 h 05	L'alarme de la porte arrière retentit; le personnel la réinitialise sans vérifier puisqu'un membre du personnel vient tout juste de quitter pour le dîner et que la pratique habituelle est de sortir par cette porte pour accéder facilement au stationnement.	Entrevues du personnel
16 h	L'aide-soignant va voir la résidente pour la préparer pour le souper, mais ne la trouve pas à sa chambre; suppose que la résidente est déjà dans la salle commune en train de regarder la télévision.	Entrevues du personnel
17 h 30	L'aide-diététicienne remarque que la résidente n'est pas dans la salle à manger. En discute avec l'aide-soignant qui est allé la voir dans sa chambre.	Entrevues du personnel
17 h 40	L'aide-soignant est incapable de localiser la résidente, après avoir vérifié dans les autres unités de soins et marché autour du bâtiment. Elle n'est nulle part.	Dossier médical; entrevues du personnel
17 h 55	L'aide-soignant signale à l'infirmière responsable que la résidente manque à l'appel. Annonce générale du code jaune. Enclenchement d'une fouille complète de toute l'installation.	Dossier médical; entrevues du personnel

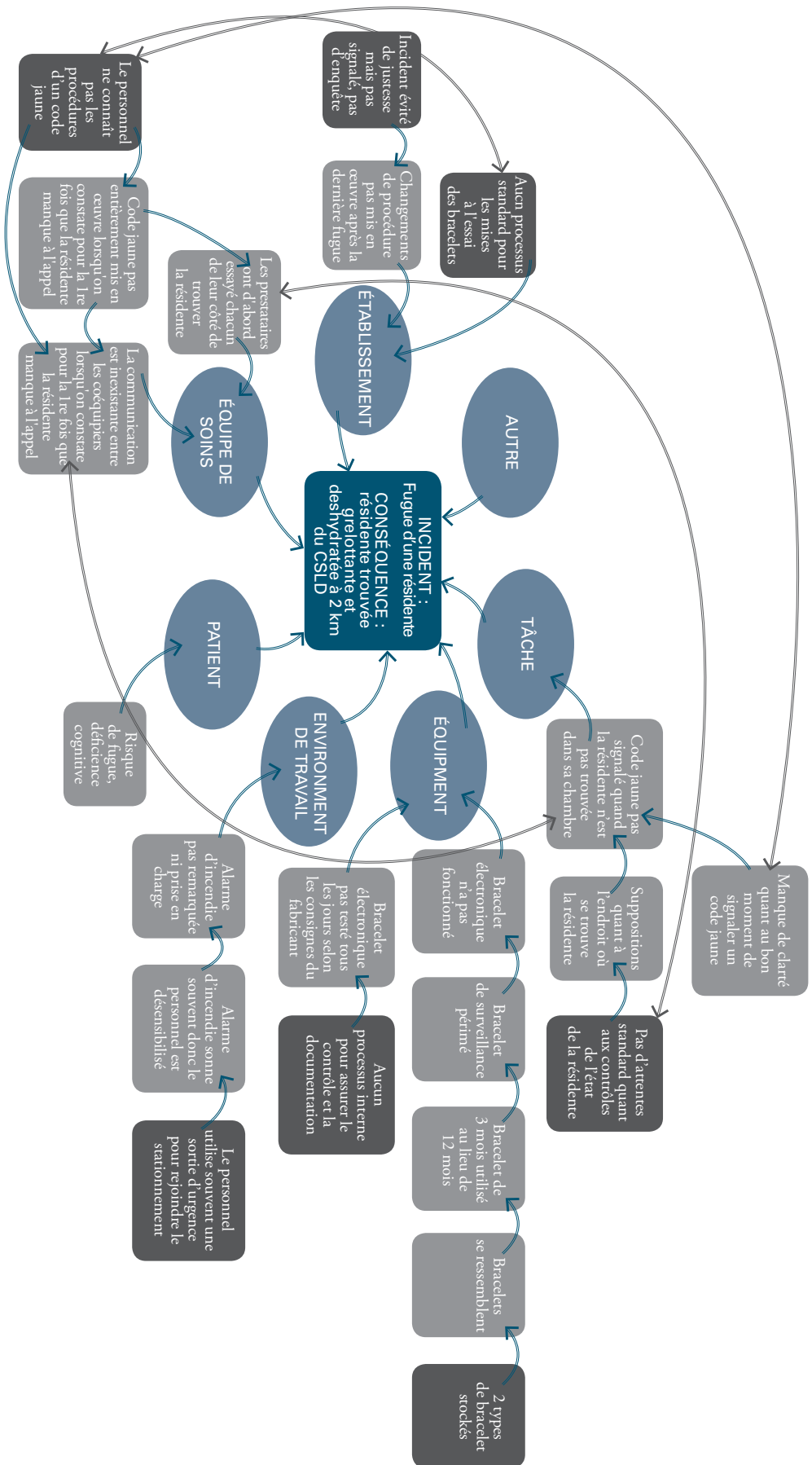
DATE/HEURE	ÉLÉMENT D'INFORMATION	COMMENTAIRE/ SOURCE
18 h 40	Le personnel ne parvient pas à trouver la résidente sur les lieux. La famille de celle-ci est informée de la situation. Comme le personnel de soir arrive, trois employés de jour montent dans leur voiture personnelle pour chercher dans les environs. On appelle la police locale. La police indique qu'une femme âgée a été trouvée marchant sur la route à 2 km du centre vers 18 h et qu'elle a été transportée à l'hôpital pour examen puisqu'elle avait froid (habillée seulement en vêtements légers et pantoufles, température de 10 degrés C et semblait confuse).	Dossier médical; entrevues du personnel
18 h 45	La famille est informée que la résidente a été retrouvée et qu'elle est à l'urgence de l'hôpital régional.	Dossier médical; entrevues du personnel
18 h 50	L'infirmière responsable contacte l'urgence pour signaler la condition dont souffre la résidente. Celle-ci est hydratée par perfusion et mise sous des couvertures chaudes.	Dossier médical; entrevues du personnel
19 h	L'infirmière responsable communique avec le directeur des soins pour lui faire rapport de la situation.	Dossier médical; entrevues du personnel
Jour suivant l'incident 9 h 30	La résidente obtient son congé de l'hôpital et retourne au centre de soins de longue durée.	Dossier médical
10 h 30	Le bracelet électronique est retiré du poignet de la résidente, puis testé. Est jugé en bon état de fonctionnement. On découvre plus tard que la résidente a été munie d'un appareil de 90 jours au lieu de l'appareil de 12 mois prévu.	Dossier médical

Processus d'analyse : comment et pourquoi c'est arrivé

À la deuxième rencontre de l'équipe d'analyse, l'équipe a créé un diagramme de constellation (*Figure J.3*) en se servant des renseignements fournis par la chronologie et de leur compréhension de l'incident suite à la simulation. Voici les étapes nécessaires à l'élaboration d'un diagramme de constellation :

- a. Décrire l'incident :
 - i. Conséquence : résidente trouvée transie de froid et déshydratée à 2 km du centre de soins de longue durée.
 - ii. Incident : fugue de la résidente.
- b. Cerner les facteurs contributifs possibles à l'aide des catégories et des questions guides.
- c. Déterminer les liens entre les facteurs contributifs.
- d. Identifier les conclusions.
- e. Valider les conclusions auprès de l'équipe.

Figure J.3 : DIAGRAMME DE CONSTELLATION DE L'INCIDENT DE FUGUE



Résumé des conclusions

L'équipe d'analyse a identifié les conclusions suivantes :

Tâche

- L'absence d'attentes normalisées quant aux vérifications de l'état de la résidente a réduit la probabilité que la fugue ait rapidement été détectée.

Équipement

- La présence de deux types de bracelets de surveillance électronique d'apparence semblable dans les stocks du CSLD augmente la probabilité que le mauvais appareil soit choisi et placé sur la mauvaise personne.
- L'absence d'une procédure interne normalisée pour assurer la mise à l'essai des bracelets de surveillance électronique ainsi que l'absence d'une documentation de ces tests ont réduit la probabilité que le bracelet ait été jugé défectueux avant la survenue d'une fugue.

Environnement de travail

- L'utilisation régulière d'une sortie d'urgence pour accéder au stationnement du personnel a réduit la probabilité que l'alarme soit efficace pour alerter le personnel « désensibilisé » aux alarmes fréquentes.

Patient

- La déficience cognitive de la résidente a réduit la probabilité qu'elle soit consciente des risques de quitter l'établissement.

Équipe de soins

- Le manque de communication entre les membres de l'équipe lorsque la résidente a manqué à l'appel la première fois, conjugué à une faible connaissance des procédures du code jaune, a réduit la probabilité que le code jaune soit déclenché sur-le-champ.

Établissement

- L'absence d'une procédure formelle pour faire rapport et enquête en cas d'incidents évités de justesse a réduit la probabilité que l'incident précédent, où la résidente avait fugué, mais avait été rapidement retrouvée, fasse l'objet d'un suivi pour déterminer les modifications à apporter et éviter qu'un tel incident ne se répète.
- L'absence d'une procédure formelle pour simuler les codes et assurer ainsi la formation continue du personnel et vérifier leurs connaissances sur les processus a réduit la probabilité que le personnel soit familier avec les procédures du code jaune.

Autre

- Aucun autre facteur cerné.

Processus d'analyse : que faire pour réduire la probabilité de récurrence et rendre les soins plus sécuritaires?

L'équipe d'analyse a proposé les mesures suivantes :

Tâche (T)

- T1 : Établir des procédures de routine pour confirmer où se trouvent les résidents affectés par des déficiences cognitives

Équipement (ÉQ)

- ÉQ.1 : Instaurer une procédure normalisée de vérification quotidienne, avec documentation, des bracelets de surveillance électronique.

- ÉQ.2 : Uniformiser les appareils servant à surveiller les résidents susceptibles de fuguer en choisissant soit le modèle de 90 jours, soit celui de 12 mois.

Environnement de Travail (ET)

- ET1 : Installer une technologie de carte d'accès magnétique pour permettre au personnel d'utiliser la sortie d'urgence sans déclencher l'alarme, ce qui éliminera les fausses alarmes fréquentes.

Établissement (É)

- É1 : Travailler avec le personnel de première ligne pour élaborer et appliquer les critères de ce qui constitue un incident à signaler.
- É2 : Élaborer un protocole d'analyse en cas d'incidents à risque élevé évités de justesse pour veiller à ce que les leçons retenues servent à prévenir toute récurrence, p. ex., utiliser le modèle d'analyse concise des incidents.
- É3 : S'assurer que les membres du personnel connaissent le protocole lié au code jaune en l'incluant régulièrement dans les séances d'orientation prévues pour le personnel en poste et les nouveaux employés.
- É4 : S'assurer que les membres du personnel savent utiliser le protocole lié au code jaune en menant un exercice de pratique non prévu tous les trimestres.

Classer les mesures en ordre de priorité

RECOMMANDATION (catégorie)	RISQUE (évaluation de la gravité)	HIÉRARCHIE DE L'EFFICACITÉ (effet de levier élevé, modéré ou faible)	PRÉDICTEURS DE RÉUSSITE (harmonisation, mécanismes en place, mesures à effet rapide)	NIVEAU DU SYSTÈME VISÉ (micro, méso, macro, méga)	NOTE SI INFORMATION CONFIRMÉE ET DE QUEL TYPE	CONFIRMER LA VALIDITÉ ET LA FAISABILITÉ	ORDRE DE PRIORITÉ (ou délais)
T1 : Établir des procédures de routine pour confirmer où se trouvent les résidents affectés par des déficiences cognitives	Élevé	Modéré	Modéré	Micro	Non	Modéré	Dans les 30 jours
ÉQ.1 : Instaurer une procédure normalisée de vérification quotidienne, avec documentation, des bracelets de surveillance électronique.	Élevé	Modéré	Élevé	Micro	Oui. Une autre unité le fait quotidiennement avec succès	Élevé	Dans les 30 jours
ÈQ.2 : Uniformiser les appareils servant à surveiller les résidents susceptibles de fuguer en choisissant soit le modèle de 90 jours, soit celui de 12 mois.	Modéré	Élevé	Faible	Méso	Oui. <i>Alertes mondiales sur la sécurité des patients</i>	Modéré	Dans les 6 mois
ET1 : Installer une technologie de carte d'accès magnétique pour permettre au personnel d'utiliser la sortie d'urgence sans déclencher l'alarme, ce qui éliminera les fausses alarmes fréquentes.	Modéré	Élevé	Modéré	Méso	Non	Modéré	Dans les 12 mois
É1 : Travailler avec le personnel de première ligne pour élaborer et établir les critères de ce qui constitue un incident à signaler.	Élevé	Faible	Élevé	Méso	Non	Modéré	Dans les 6 mois
É2 : Élaborer un protocole d'examen en cas d'incidents à risque élevé évités de justesse pour veiller à ce que les leçons apprises servent à prévenir toute récurrence (p. ex., utiliser le modèle d'analyse concise des incidents).	Élevé	Faible	Élevé	Macro	Non	Élevé	Dans les 6 mois
É3 : S'assurer que les membres du personnel connaissent le protocole lié au code jaune en l'incluant régulièrement dans les séances d'orientation prévues pour le personnel en poste et les nouveaux employés.	Élevé	Faible	Élevé	Micro	Non	Élevé	Dans les 30 jours

É4: S'assurer que les membres du personnel savent utiliser le protocole lié au code jaune en menant un exercice de pratique non prévu tous les trimestres.	Élevé	Faible	Élevé	Méso	Oui Simulation Recherche Articles.	Élevé	Première simulation dans les 3 mois
--	-------	--------	-------	------	---	-------	-------------------------------------

Suivi

Évaluer la mise en œuvre

Le directeur des soins a évalué l'état d'avancement de la mise en œuvre des recommandations un an après l'achèvement de l'analyse de l'incident.

RECOMMANDATION	SOURCE ET N° ID	DATE D'ENTRÉE	ÉTAT D'AVANCEMENT	ÉCHÉANCE (date limite)	SECTEUR VISÉ	NIVEAU DE RISQUE	PERSONNE RESPONSABLE
ÉQ.1 : Vérification quotidienne normalisée des appareils, avec documentation	AI n° 1D	13 sept.	Mise en œuvre telle que présentée 1 ^{er} oct.	1 ^{er} oct.	Tous les résidents	Élevé	Directeur des soins
ÉQ.2 : Choisir une norme d'appareils de surveillance, soit de 90 jours ou de 12 mois.	AI n° 1E	13 sept.	À l'étude		Tous les résidents	Élevé	Directeur des achats
ET.1 : Technologie de carte d'accès magnétique aux sorties d'urgence.	AI n° 1F	13 sept.	Rien de fait		Toutes les sorties d'urgence	Modéré	Directeur des achats
É1 : Élaboration et application des critères pour signaler un incident	AI n° 1G	13 sept.	Partiellement mise en œuvre	Nouveau formulaire de rapport mis en œuvre en juin	Tout le personnel	Élevé	Directeur des soins
É2 : Protocole pour analyser les incidents à risque élevé évités de justesse	AI n° 1H	13 sept.	Partiellement mise en œuvre	Deux incidents évités de justesse analysés (mai et juil.)	Tout le personnel	Élevé	Directeur des soins
É3.1 : Code jaune durant le service pour l'ensemble du personnel	AI n° 1A	13 sept.	Mise en œuvre telle que présentée	Terminé les 15 et 20 oct.	Tout le personnel du centre	Élevé	Directeur des soins
É3.2 : Code jaune lors de la séance d'orientation	AI n° 1B	13 sept.	Mise en œuvre telle que présentée	Séance d'orientation janvier	Tout le nouveau personnel	Élevé	Directeur des RH
É4 : Exercices d'entraînement non prévus du code jaune tous les trimestres	AI n° 1C	13 sept.	En voie d'être mise en œuvre	Un exercice de code s'est déroulé le 20 fév.	Tout le personnel du centre	Élevé	Responsable de la sécurité des patients