

## MANUEL DE POLITIQUES ET MÉTHODES

*Politique sur l'analyse des événements sentinelles*

*Politique C-12.1, révisée le 2012-03-15*

## MANUEL DE POLITIQUES ET MÉTHODES

<b>TITRE : POLITIQUE SUR L'ANALYSE DES ÉVÉNEMENTS SENTINELLES</b>			<b>POLITIQUE C-12.1</b>
<b>APPROUVÉE LE</b> 2004-03-17	<b>RÉVISÉE LE</b> 2012-03-15	<b>POLITIQUE</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>MÉTHODE</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>DÉPARTEMENT OU SERVICE</b> <b>ADMINISTRATION</b>

### **ÉNONCÉ DE POLITIQUE :**

Tous les événements indésirables considérés comme des événements sentinelles doivent être déclarés et faire l'objet d'une enquête approfondie afin de diminuer les risques qu'ils se produisent de nouveau.

### **DÉFINITIONS :**

**ÉVÉNEMENT SENTINELLES (incident critique) :** Un événement sentinelle est un imprévu impliquant un décès ou un grave préjudice physique ou psychologique. Un grave préjudice implique particulièrement la perte d'un membre ou d'une fonction. Les autres événements indésirables rares qui n'ont peut-être pas entraîné de préjudices graves, mais qui présentent un risque élevé (c'est-à-dire les pannes majeures de secteur ou une inondation ou un incendie non contrôlé) sont également considérés comme des événements sentinelles. Ceux-ci comprennent les variations dans les processus pour lesquels une récurrence augmenterait grandement les risques de résultats indésirables graves et signaleraient la nécessité d'une analyse et d'une réponse immédiates (JCAHO, 1998).

Selon l'Association québécoise d'établissements de services de santé et sociaux, une fréquence élevée d'accidents semblables, quelle que soit la gravité de leurs résultats pour les patients, est également considérée comme un événement sentinelle (AQESSS, 2006).

(Voir à l'**annexe 1 : Exemples d'événements sentinelles**)

### **ANALYSE DES ÉVÉNEMENTS SENTINELLES (AES) ET ANALYSE DES CAUSES PROFONDES (ACP)**

*Dictionnaire canadien sur la sécurité des patients :*

Une démarche visant à identifier les facteurs de causalité fondamentaux ou contributifs qui sous-tendent les variations de performance associées aux incidents, aux accidents, aux complications ou aux incidents évités de justesse. Une AES possède les caractéristiques suivantes : l'analyse se fait de façon interdisciplinaire et nécessite la participation des personnes les plus impliquées dans la démarche; l'analyse se concentre sur les systèmes et les processus plutôt que sur les performances individuelles; l'analyse s'intéresse au « quoi » et au « pourquoi » jusqu'à ce que tous les aspects du processus aient été examinés et tous les facteurs contributifs aient été identifiés; l'analyse détermine les modifications qui pourraient être apportées aux systèmes et aux processus afin d'améliorer les performances et de réduire le risque de récurrence de l'incident ou de l'incident évité de justesse.

### **INCIDENT ÉVITÉ DE JUSTESSE (ÉCHAPÉE BELLE) :**

*Conseil canadien d'agrément des services de santé*

Un événement ou une circonstance qui pouvait potentiellement causer des préjudices physiques ou psychologiques, un décès inattendu ou des dommages importants à la propriété, mais qui ne s'est pas produit en raison du hasard ou de la mise en œuvre de mesures correctives et/ou d'interventions en temps opportun.

## **INCIDENT OU ACCIDENT :**

### *Hôpital général juif :*

Un incident ou un accident qui a entraîné un préjudice ou un préjudice potentiel pour le patient. L'incident ou l'accident était dû à l'échec d'un diagnostic planifié ou d'un traitement à prodiguer tel que prévu ou à l'utilisation d'un mauvais plan pour atteindre un objectif. Un incident ou un accident peut comprendre des problèmes en rapport avec la pratique, les produits, les méthodes et les systèmes.

**Exemples :** Peut entraîner une hospitalisation prolongée, mener à un décès inattendu ou prématuré du patient et/ou à des traitements inutiles ayant des conséquences lourdes sur le patient.

### **Énoncé de politique :**

Toutes les personnes qui travaillent à l'hôpital, y compris celles qui ne sont pas directement employées, doivent

identifier et signaler un événement sentinelle (Modifications à la Loi sur les services de santé et les services sociaux du Québec, 2003). Les employés et le personnel doivent s'assurer que les mesures pertinentes soient immédiatement mise en œuvre. Il pourrait s'agir de demander une analyse approfondie de l'événement sentinelle.

La déclaration des événements sentinelles sera faite selon une approche sans blâme et non punitive qui permet à l'établissement d'améliorer ses processus de soins et la prestation de services. Des interventions d'urgence seront mises en œuvre pour assurer la sécurité de tous les patients ou du personnel impliqué.

S'il arrivait qu'un événement sentinelle se produise, une analyse pertinente sera effectuée dans le but de déterminer pourquoi le problème est survenu et ce qui pourrait être fait pour éviter qu'il se produise de nouveau. Tous les événements sentinelles qui répondent aux critères de déclaration de l'établissement, selon leur niveau de gravité (**Annexe II : Évaluation du niveau de gravité des incidents et des accidents - Définitions et arbre décisionnel**), seront évalués par les coresponsables du Programme de la qualité. Les stratégies d'amélioration réalistes et pertinentes qui ont été identifiées seront mises en œuvre, évaluées et réévaluées, au besoin. Les coresponsables du Programme de la qualité détermineront, à leur tour, si les analyses et les actions qui en découlent s'inscrivent bien dans la philosophie du Programme de la qualité et de la gestion des risques.

La décision de procéder à une analyse d'événement sentinelle et sa mise en œuvre seront considérées comme hautement prioritaires dans les 48 heures suivant un incident ou un accident, considérant que l'incident ou l'accident peut avoir de graves conséquences pour le patient et le personnel.

### **PROCÉDURE :**

1. Une fois un événement sentinelle ou un événement sentinelle évité de justesse a été identifié (voir **l'Annexe I : Exemples d'événements sentinelles** et **l'Annexe II: Évaluation du niveau de gravité des incidents et des accidents – Définitions et arbre décisionnel**), la priorité, pour le personnel, consiste à répondre aux besoins médicaux du patient, à assurer la sécurité du personnel et à noter ces faits. La nécessité d'une analyse d'un événement sentinelle sera déterminée par l'évaluation du niveau de gravité attribué à un incident ou à un accident en plus de la probabilité que l'événement se produise de nouveau.

2. Le personnel doit aviser l'équipe médicale pertinente immédiatement et la haute direction dans les 24 heures suivant l'événement (**Annexe III : Chaîne de communication et calendrier de déclaration des événements sentinelles**). Après les heures d'ouverture, les fins de semaine et les jours fériés : La directrice des soins infirmiers sur appel et le directeur des services professionnels (ou son représentant médical) doivent être avisés dans le cas d'un véritable événement sentinelle.

3. Dans le cas où la probabilité d'une récurrence de l'événement sentinelle est élevée, et ce, dans une courte période de temps, une équipe multidisciplinaire (tel que délégué par les coresponsables du Programme de la qualité) mettra en œuvre des changements systémiques spécifiques afin de diminuer immédiatement la probabilité d'une récurrence.
4. L'incident ou l'accident doit être noté au dossier de santé du patient d'une façon objective, factuelle et narrative, y compris les circonstances qui ont mené à l'incident et les conséquences et les résultats pour le patient. Ceci doit être fait dès que possible après que l'événement se soit produit ou ait été identifié. L'incident ou l'accident doit également être noté au formulaire de déclaration des incidents et des accidents de l'hôpital (AH-223) et transmis tel qu'indiqué dans la Politique et méthode de déclaration des incidents et des accidents I-2.1.
5. La divulgation, le cas échéant, sera effectuée en conformité avec la politique de divulgation de l'hôpital (Divulgation d'un incident ou d'un accident, D 4.1) et notée, y compris la réaction du patient et de ses proches, au formulaire de déclaration des incidents et accidents (AH-223) et au dossier de santé du patient.
6. La conseillère en gestion des risques doit être avisée dans les 48 heures de la survenue de l'événement sentinelle. Un appel téléphonique à la conseillère en gestion des risques est acceptable jusqu'à ce que le clinicien soit en mesure de remplir et de fournir un rapport d'incident (AH-223).
7. Les coresponsables du Programme de la qualité détermineront si une analyse d'événement sentinelle formelle est nécessaire. Cette analyse consistera en une enquête approfondie des causes fondamentales, l'élaboration d'un plan d'action, la surveillance de l'amélioration des processus et la réévaluation par l'entremise des démarches d'évaluation par les pairs et d'amélioration existantes. Les méthodes d'analyse peuvent être modifiées pour mieux répondre à des besoins particuliers.
8. Le gestionnaire de l'unité, du service ou du département devrait procéder à une enquête dans les **48 à 72 heures** et avoir terminé dans les **5 jours** suivants (**Annexe IV : Rapport d'enquête du gestionnaire de l'unité sur l'événement sentinelle**). Un rapport d'enquête du gestionnaire de l'unité sur l'événement sentinelle doit être rempli et fourni à la conseillère en gestion des risques dans les 5 jours suivants et doit comprendre tous les documents et toutes les signatures pertinents.
9. Les discussions en équipe interdisciplinaire pour déterminer la cause fondamentale et les facteurs contributifs devraient être effectuées **dans les 30 jours** suivants (**Annexe VI : Clause de confidentialité, Loi sur les services de santé et les services sociaux**). Tout membre du personnel de l'hôpital peut demander une analyse d'événement sentinelle, y compris les membres du conseil d'administration, de la haute direction de l'hôpital et du comité de la qualité et de la gestion des risques.
10. La conseillère en gestion des risques remplit la liste de vérification de l'analyse de l'événement sentinelle et l'outil de documentation (voir l'**Annexe V : Liste de vérification et outil de documentation d'un événement sentinelle**) et fournit un rapport d'analyse de l'événement sentinelle (**Annexe VII : Modèle de rapport d'analyse d'un événement sentinelle**) qui résume l'événement et expose les recommandations, les plans d'action et la stratégie de surveillance des améliorations aux coresponsables du Programme de la qualité, et ce, **dans les 2 semaines** suivant les discussions interdisciplinaires. Les résultats découlant de chaque analyse d'événement sentinelle seront discutés avec le comité de la qualité et de la gestion des risques et le conseil d'administration.
11. Si jugé nécessaire, de l'aide pour du soutien affectif et la résolution de problèmes sera

fournie par une équipe multidisciplinaire aux patients et au personnel ayant pris part à un événement sentinelle et, si jugé nécessaire, par la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services (protectrice des malades), la coordonnatrice du programme de la qualité, l'infirmière-chef et le personnel médical responsable et, dans les situations complexes, par la directrice des soins infirmiers et le directeur des services professionnels. Une consultation avec du personnel médical et infirmier chevronné et la direction de l'hôpital est recommandée.

12. Si l'événement sentinelle a été « évité de justesse », la politique ci-dessus s'applique, à l'exception qu'une copie du rapport d'incident n'est pas versée au dossier de santé du patient.

**Annexes :**

I : Exemples d'événements sentinelles

II : Évaluation du niveau de gravité des incidents et accidents – Définitions et arbre décisionnel

III : Chaîne de communication et calendrier de déclaration des événements sentinelles

IV : Rapport d'enquête du gestionnaire de l'unité sur les événements sentinelles

V : Liste de vérification et outil de documentation d'un événement sentinelle

VI : Clause de confidentialité, Loi sur les services de santé et des Services Sociaux

VII : Modèle de rapport d'analyse d'un événement sentinelle

**Références :**

Modifications à la Loi sur les services de santé et les services sociaux du Québec, 2003

Association québécoise d'établissements de services de santé et de services sociaux (AQESSS), 2006

Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS)

Dictionnaire canadien sur la sécurité des patients

Joint Commission on Accreditation of

Healthcare Organizations (JAHCO)

Hôpital St-Mary's : Politique et méthode sur les événements sentinelles

**APPROUVÉ PAR :** Conseil d'administration

## ANNEXE I :

### **Exemples d'événements sentinelles**

**A.** L'événement a entraîné un décès imprévu ou une perte importante et permanente de la fonction, qui n'est pas associée à l'évolution naturelle de la maladie du patient ou à une pathologie sous-jacente. Vous trouverez, ci-dessous, une liste non exhaustive d'exemples de situations qui peuvent être considérées comme des événements sentinelles (même si elles n'ont pas entraîné de décès ou une perte importante et permanente de fonction sans rapport avec l'évolution naturelle de la maladie du patient ou d'une pathologie sous-jacente) :

1. Une intervention chirurgicale sur la mauvaise personne ou une mauvaise partie du corps
2. Le suicide de toute personne recevant des soins, des traitements ou des services dans un milieu de soins doté d'un personnel ininterrompu ou dans les 72 heures précédant le congé
3. Avoir laissé de manière non intentionnelle un objet étranger dans le corps d'une personne suite à une intervention chirurgicale ou à toute autre intervention, ce qui a eu pour conséquence la nécessité de procéder à une nouvelle opération ou une autre intervention chirurgicale
4. Embolie gazeuse intravasculaire entraînant un décès ou des lésions neurologiques
5. Réaction transfusionnelle hémolytique associée à l'administration de sang ou de produits sanguins présentant des incompatibilités importantes avec le groupe sanguin du patient
6. Erreur de médicament entraînant le décès d'un patient possiblement due à une mauvaise administration de médicaments
7. Décès de la mère ou morbidité grave associée au travail ou à l'accouchement
8. Décès imprévu d'un enfant à terme
9. Remettre un nourrisson à la mauvaise famille
10. Enlèvement de toute personne recevant des soins, des traitements ou des services
11. Grave hyperbilirubinémie néonatale (bilirubine > 30 milligrammes par décilitre)
12. Viol
- 13.** Tout autre événement indésirable dans lequel un décès ou un préjudice grave à un patient est survenu et respecte l'ensemble des critères suivants : L'événement :
  - ◆ Est rare;
  - ◆ Signale une défaillance catastrophique;
  - ◆ Pourrait saper grandement la confiance du public envers l'HGJ.

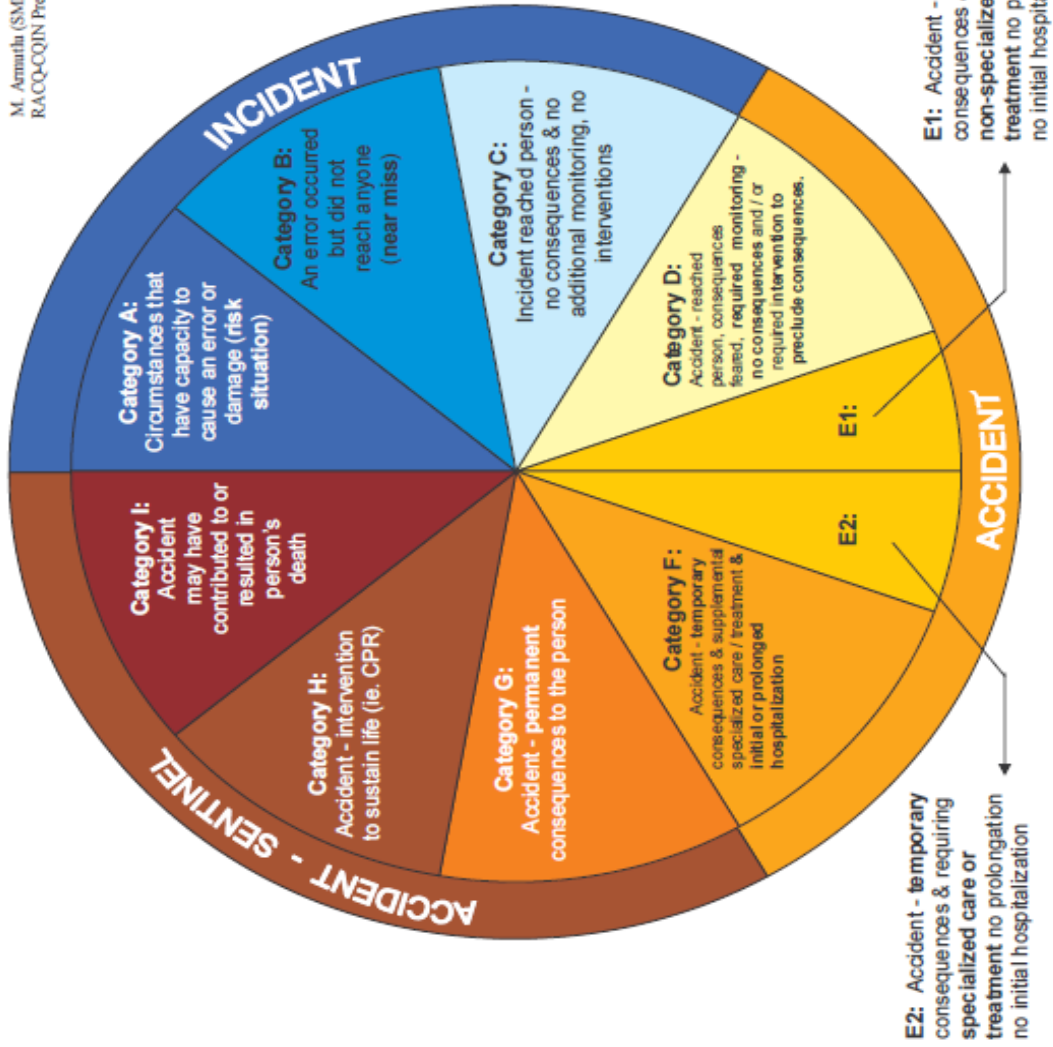
**B.** Tout événement indésirable survenu fréquemment, dans un laps de temps très court, et qui peut avoir ou ne pas avoir entraîné de préjudices pour le patient. Quelques exemples :

1. Écllosion d'infections nosocomiales
2. Perte de dossiers médicaux
3. Défaillance des services publics
4. Défaillance d'un matériel biomédical essentiel



**SEVERITY RATING OF INCIDENTS / ACCIDENTS - DEFINITIONS & DECISION TREE**

M. Ammish (SMHC) & N. Traour (MUHC)  
 RACQ-CQJIN Presentation - Octobre 30, 2007

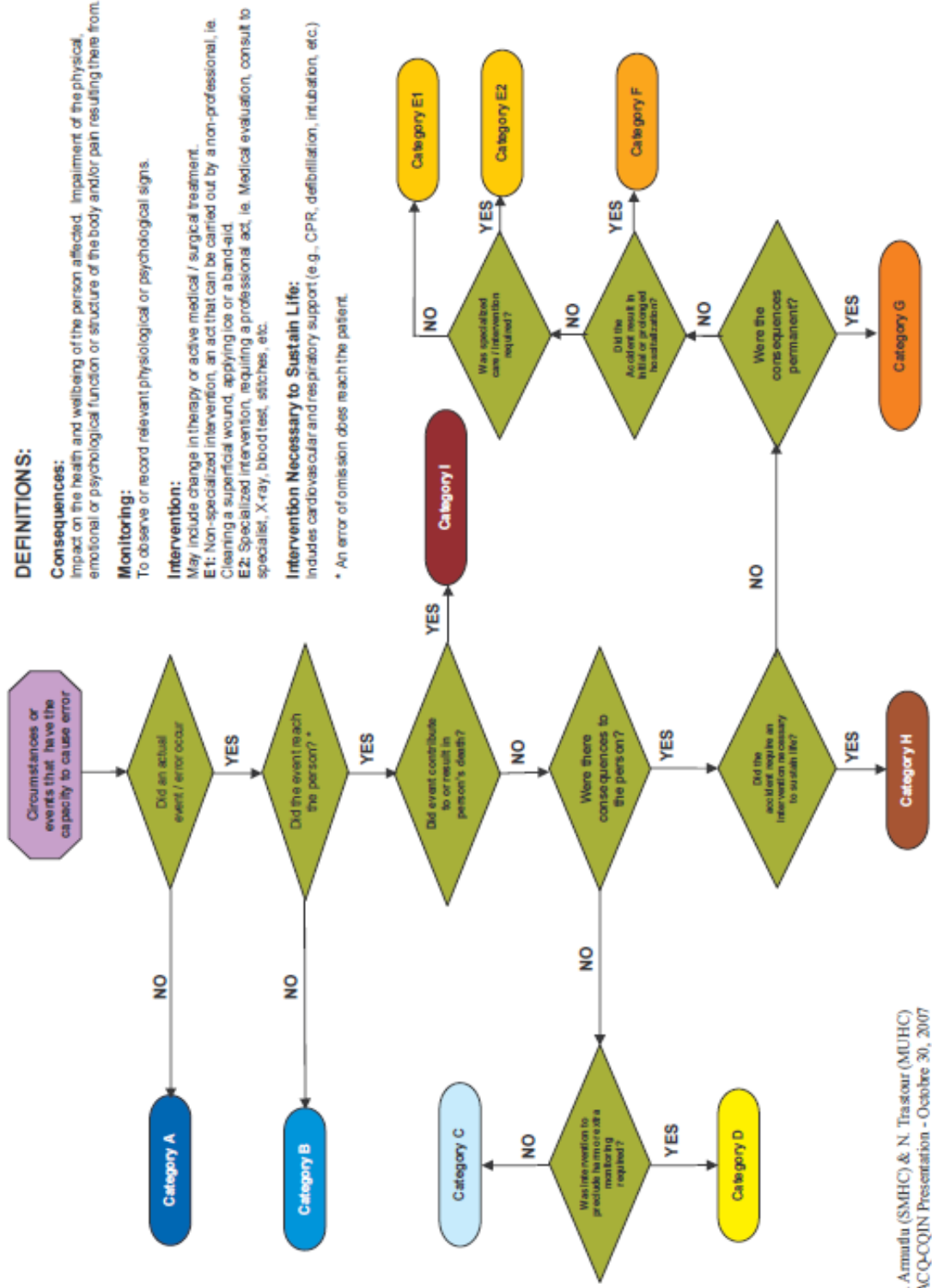


Adapted from The National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention © 2001 All Rights Reserved.





## SEVERITY RATING OF INCIDENTS / ACCIDENTS - DEFINITIONS & DECISION TREE



M. Armada (SMHC) & N. Trastour (MUHC)  
RACQ-CQIN Presentation - Octobre 30, 2007



### Appendix III: Sentinel Event Chain of Communication & Timeline for Reporting

	SENTINEL EVENT ALERT		ANALYSIS & RECOMMENDATIONS		ACTION PLAN		
Time Line	Immediately following the event	Within the next week day	Within 14 days of the event		Within 45 days of the event	Within 60 days of the event	Within 120 days of the event
<b>Chain of Communication</b>	<p>JGH staff</p> <p>Manager of area &amp;/or Manager on-call / Nursing Director / Chief of Service</p> <p>Administrator on call</p> <p>Nursing Director &amp; Director of Professional Services</p>	<p>Co-Chairs of the Quality Program</p> <p>Risk Management Advisor</p> <p>Insurer (when required)</p>	<p>Co-Chairs - Quality Program</p> <p>Risk Management Advisor</p> <p>CQI Planning Team</p>	Determine the need for a formal Sentinel Events Review Team meeting	<p>Co-Chairs - Quality Program</p> <p>Sentinel Events Review Team &amp; Team Champion</p> <p>Risk Management Advisor</p>	<p>COC</p> <p>DG</p> <p>QRMC</p> <p>CQI Planning Team</p>	<p>BOARD of DIRECTORS</p>
<b>Report Submission</b>	<p>AH-223 Incident / Accident Report Form (by Staff &amp; Unit Manager to Risk Management Advisor)</p>	<p>Fax copy of AH-223 Incident / Accident Report Form (by Risk Management Advisor to the insurers).</p>	<p>AH-223A Incident / Accident Analysis Report and the Sentinel Event Unit Manager's Investigation Report (by Manager/Chief of Service to RM Advisor)</p>		<p>Sentinel Event Analysis Report (by Review Team Champion to Risk Management Advisor) &amp; Sentinel Event Review Recommendations Report (by Risk Management Advisor to Sentinel Events Review Team and Co-Chairs of the Quality Program)</p>	<p>Sentinel Event Review Recommendations Report (by Review Team Champion to the QRMC; by RM Advisor to CQI Planning Team, by the Co-Chairs to the DG and by the Quality Program Coordinator to the COC)</p>	<p>Report on Actions Taken (by Co-Chairs of the Quality Program to the Board)</p>

→ Verbal Alert     
 - - - - - Submission of Report     
 - · - · - · - Submission of Report & Verbal Communication

**ANNEXE IV :**

**RAPPORT D'ENQUÊTE DU GESTIONNAIRE DE L'UNITÉ SUR UN ÉVÉNEMENT SENTINELLE**

*A remplir dans les 14 jours suivant l'événement par l'infirmière-chef ou le gestionnaire de l'unité et / ou le chef de service ou de département (en collaboration avec le chef médical du département, au besoin) et remis à la conseillère en gestion des risques.*

Nom du (de la) patient(e) : \_\_\_\_\_ Numéro de dossier :  
\_\_\_\_\_

Date de l'événement : \_\_\_\_\_ Rapport AH-223 n° :  
\_\_\_\_\_

**A- Description de l'événement :**

---

---

---

---

**B- Si le patient est blessé :** *Remplir la section « B » et « C » seulement si l'événement sentinelle a entraîné des préjudices pour le patient; sinon, passer à la section « D ».*

**Conséquences pour le patient (à être rempli par le médecin traitant du service ou du département) :**

---

---

---

---

Nom en lettres moulées : \_\_\_\_\_ Signature :  
\_\_\_\_\_

**C- Ajouter une copie de la documentation suivante dans le dossier du patient :**

Rapport d'accident (AH 223)  Complet  Incomplet Autre \_\_\_\_\_  
Autre procédure de divulgation  Complet  Incomplet Autre \_\_\_\_\_  
Notes d'évolution médicales  Complet  Incomplet Autre \_\_\_\_\_  
Notes d'évolution infirmières  Complet  Incomplet Autre \_\_\_\_\_  
Autre Anamnèse et examen physique  Complet  Incomplet Autre \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



Hôpital général juif  
Jewish General Hospital

Formulaire de signes vitaux  Complet  Incomplet Autre \_\_\_\_\_

Autres Ordonnances médicales  Complet  Incomplet Autre \_\_\_\_\_

Autre Formulaire de soulagement de la douleur  Complet  Incomplet Autre \_\_\_\_\_

Autre : \_\_\_\_\_  Complet  Incomplet Autre \_\_\_\_\_

**D- Autres préjudices apparents** : (*ressources environnementales, humaines et physiques*)

---

---

---

**E- Professionnels ou personnel impliqué (veuillez fournir vos coordonnées)** :

Nom, titre d'emploi et poste téléphonique :

---

Nom, titre d'emploi et poste téléphonique :

---

Nom, titre d'emploi et poste téléphonique :

---

Nom, titre d'emploi et poste téléphonique :

---

**F- Rapport d'enquête de l'infirmière-chef ou du gestionnaire de l'unité et du chef médical** :

(Comprend les renseignements en rapport avec les effectifs, le niveau d'acuité sur l'unité, le nombre de patients, le nombre d'années d'expérience du professionnel ou de l'employé impliqué dans cet incident, les protocoles et les méthodes en rapport avec l'incident, etc.)

---

---

---

---

---

**G - Intervention administrative initiales** :

---

---

---

---

---

---

---

**Nom en lettres moulées et signature du gestionnaire de l'unité**

**Date :**

(Infirmière-chef ou chef de service ou du département)

---

**Nom en lettres moulées et signature du directeur ou du superviseur immédiat**

**Date :**

---

**Nom en lettres moulées et signature du chef de division médical**

**Date :**

Dossier de la conseillère en gestion des risques (copie confidentielle)

**APPENDIX V: SENTINEL EVENT REVIEW CHECKLIST & DOCUMENTATION TOOL**

This form is to be used by the Risk Management Advisor and interdisciplinary review team to report the completed investigation of the Sentinel Event. This is to be completed within 45 working days of the event.

*This report is protected by law 71, art. 183.3 and 183.4, S-4.2 for confidentiality and against any judicial proceedings.*

Sentinel Event – Incident / Accident AH-223 Form Number:

1.	<b>THE EVENT</b>	
1.1.	<p>Description of <b>what happened</b>. It may be useful to insert a flowchart, if helpful:</p>	



2.	<i>SENTINEL EVENT - CONTRIBUTING FACTORS AND ROOT CAUSES</i>		
2.1.	Were there issues related to patient assessment in this event?	Yes No (please circle)	If yes, describe the assessment process and how it appeared to contribute.
	Were issues related to staff training or staff competency a factor in this event?	Yes No (please circle)	If yes, describe how lack of training or competency appeared to contribute.



2.	<i>SENTINEL EVENT - CONTRIBUTING FACTORS AND ROOT CAUSES</i>		
2.2.	Was equipment (or the use or lack of use of equipment) involved in this event in any way?	Yes No (please circle)	If yes, describe the malfunction/absence and state how it appeared to contribute.
2.3.	Was a lack of information or misinterpretation of information a factor in this event?	Yes No (please circle)	If yes, describe the perceived deficiency.



2.	<i>SENTINEL EVENT - CONTRIBUTING FACTORS AND ROOT CAUSES</i>		
2.4.	Was communication a factor in this event?	Yes No (please circle)	If yes, describe the perceived deficiency.
2.5.	Were appropriate policies/procedures or guidelines – or lack thereof – a factor in this event?	Yes No (please circle)	If yes, describe how it appeared to contribute.

2.	<b>SENTINEL EVENT - CONTRIBUTING FACTORS AND ROOT CAUSES</b>		
2.6.	Was the failure of a safety mechanism or barrier designed to protect the patient, staff, equipment or environment a factor in this event?	Yes No (please circle)	If no, describe the failure and how it appeared to contribute.
2.7.	Were specific patient issues a factor in this event?	Yes No (please circle)	If yes, describe the patient factors that may have contributed.

## Annexe VI

### CONFIDENTIALITÉ LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX L. R. Q. , chapitre S-4.2

#### **Confidentialité**

**183,3.** Les réponses faites par une personne, dans le cadre des activités de gestion des risques, et notamment tout renseignement ou document fourni de bonne foi par elle en réponse à une demande d'un gestionnaire de risques ou d'un comité de gestion des risques ne peuvent être utilisées ni ne sont recevables à titre de preuve contre cette personne ou contre toute autre personne devant une instance judiciaire ou une personne ou un organisme exerçant des fonctions juridictionnelles.

#### **Déposition**

Malgré toute disposition contraire, un gestionnaire de risques ou un membre d'un comité de gestion des risques ne peut être contraint devant une instance judiciaire ou une personne ou un organisme exerçant des fonctions juridictionnelles de faire une déposition portant sur un renseignement confidentiel qu'il a obtenu dans l'exercice de ses fonctions, ni de produire un document contenant un tel renseignement, si ce n'est aux fins du contrôle de sa confidentialité.

#### **Restriction**

Aucun élément de contenu du dossier de gestion des risques, y compris les conclusions motivées et, le cas échéant, les recommandations qui les accompagnent, ne peut constituer une déclaration, une reconnaissance ou un aveu extrajudiciaire d'une faute professionnelle, administrative ou autre de nature à engager la responsabilité civile d'une partie devant une instance judiciaire.  
2002, c. 71, s. 9.

#### **Confidentialité**

**183,4.** Malgré la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels* (chapitre A-2.1), les dossiers et les procès-verbaux du comité de gestion des risques sont confidentiels.

#### **Procès-verbaux**

Nul ne peut prendre connaissance des procès-verbaux du comité de gestion des risques sauf les membres de ce comité, les représentants d'organismes d'accréditation dans l'exercice des fonctions relatives à l'agrément des services de santé et des services sociaux des établissements ou les représentants d'un ordre professionnel dans l'exercice des fonctions qui leur sont attribuées par la loi.  
2002, c. 71, s. 9.

Mis à jour le 1<sup>er</sup> août 2004

**ANNEXE VII : Modèle de rapport d'analyse d'un événement sentinelle**



**Hôpital général juif**

**Rapport d'analyse d'un événement  
sentinelle**

**PROGRAMME DE LA QUALITÉ ET DE LA  
GESTION DES RISQUES**

Unité de soins, service ou département

**RAPPORT FINAL**  
**CONFIDENTIEL**

Coresponsables, Programme de la qualité :  
Mme Lynne McVey, directrice des soins infirmiers  
D<sup>r</sup> Joseph Portnoy, directeur des services professionnels

Date :

**Rencontre d'analyse d'un événement sentinelle (AES) ou d'un incident critique,**

**Date :**

**Incident :**

Description de l'incident

**Où :**

Emplacement

**Date et heure :**

Date et heure :

**Date, heure et emplacement de la rencontre de suivi d'une AES :**

Date, heure et emplacement :

Le Dictionnaire canadien sur la sécurité des patients définit un événement sentinelle ou un incident critique comme « **un incident ayant entraîné des préjudices graves (perte d'une vie, d'un membre ou d'un organe vital) pour le patient ou un risque important qui en découle** ». Les incidents sont considérés comme critiques lorsqu'il y a un besoin d'une enquête et d'actions immédiates. L'enquête vise à **identifier les facteurs contributifs et la réponse appropriée qui comprend des actions visant à réduire la probabilité d'une récurrence**. Les analyses d'événements sentinelles ou d'incidents critiques sont effectuées après qu'une erreur ait été commise et a entraîné ou aurait pu entraîner un préjudice grave chez un patient. **Des modifications systémiques pour éviter que l'erreur se produise de nouveau sont mises en œuvre.**

**Animateurs :** Coresponsables du Programme de la qualité

**Participant(e)s :**

<b>Plans d'action</b>	<b>Personne(s) responsable(s)</b>	<b>Résultats escomptés</b>	<b>Calendrier des activités</b>
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Rempli par :

Date :