

Capsule d'information

Déclarer les lésions de pression, une obligation légale!

Saviez-vous que selon une étude de prévalence réalisée en mai 2021 dans 3 hôpitaux, 3 CHSLD et 1 URFI, 40% des dossiers d'usagers consultés présentaient des lésions de pression de stade II et plus développées durant leur prestation de soins et de services au CISSS de la Montérégie-Ouest?

Une lésion de pression survient lors d'une compression des tissus mous entre une protubérance osseuse et une surface externe durant une période prolongée, en combinaison, la friction ou le cisaillement. Les lésions de pression de stade II se présentent généralement sous forme d'une phlyctène ou d'une escarre superficielle humide ou sèche. Lorsqu'elles se développent durant une prestation de soins et de services (hospitalisation, hébergement, réadaptation, domicile, etc.) celles-ci doivent faire l'objet d'une déclaration incident-accident (usagers). C'est une obligation légale de déclarer tout événement accidentel ayant eu un impact sur l'état de santé de nos usagers, selon la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS).

Gouvernement du Québec 2012, Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier intégrité de la peau, plaie de pression.

Source : www.msss.gouv.qc.ca

Pourquoi compléter une déclaration d'incident ou d'accident (AH-223)?

Les lésions de pression de stade II et plus sont considérées comme des événements indésirables puisqu'elles :

- Sont évitables par la mise en place de stratégies efficaces de prévention suite à l'évaluation des facteurs de risque chez l'usager;
- Peuvent survenir durant une prestation de soins et de services dans notre établissement;
- Peuvent découler d'interventions non adaptées à la condition clinique de l'usager;
- Ont d'importantes répercussions sur la qualité de vie des usagers, puisqu'elles causent de la douleur, ralentissent la guérison et augmentent le risque d'infection.

De plus, la déclaration d'incident ou d'accident (AH-223) démontre le souci que vous accordez aux usagers et votre volonté d'amélioration continue de la qualité des soins et des services offerts dans l'établissement. Le signalement d'un événement n'engage d'aucune manière la responsabilité de la personne qui en fait la déclaration.

La déclaration d'incident ou d'accident (AH-223), en quoi ça peut être utile?

- En conformité avec les meilleures pratiques recommandées par Agrément Canada, la déclaration est utilisée par vos gestionnaires pour évaluer l'efficacité de la prévention des lésions de pression et apporter des améliorations au besoin.
- La déclaration au sujet des lésions de pression peut mettre en lumière :
 - Le manque de surfaces thérapeutiques ou d'équipements de prévention pour les usagers;
 - Le besoin de formation ou de soutien clinique en soins de plaies pour le personnel désigné;
 - La nécessité d'un rafraîchissement sur le bon positionnement des usagers à risque de plaie pour l'ensemble du personnel;
 - Des délais pour obtenir une évaluation multidisciplinaire;
 - Des lacunes en regard de la transmission des informations aux points de transition.

Source : Agrément Canada 2019, Santé physique manuel d'évaluation

Formulaire électronique de déclaration
d'incidents ou d'accidents

SISSS
AH-223

Capsule d'information – Déclarer les lésions de pression, une obligation légale!

Exemple d'une déclaration d'incident ou d'accident (AH-223) documentée dans le SISSS

RAPPORT DE DÉCLARATION D'INCIDENT OU D'ACCIDENT

N° de l'événement: 2122-0438126

N° du formulaire: DT9034

Système source: 16 - Montérégie

Région: 16 - Montérégie

Établissement: CISSS DE LA MONTÉRÉGIE-OUEST

Installation: HOPITAL DU SUROIT

Mission: ☒ CH ☐ CHSLD ☐ CPEJ ☐ CLSC ☐ CRD ☐ CRDI ☐ CRDP

Section 1 : Identification de la personne touchée

Type de personne touchée: Usager

Si "Aucune" (passez à la section 2)

Date de naissance: 1935-05-05 N° dossier: 5555 N° chambre: 333

Nom à la naissance: Tartenpion Prénom: Madame

Nom du conjoint(e): BEIGNE Prénom du conjoint(e): BEAU

Adresse: Sexe: Féminin

Code postal: Téléphone: Poste: N° d'ass. maladie:

Nom du médecin traitant: Prénom du médecin traitant:

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

Événement: Date: 2021-05-26 Heure: 09:28 Précision sur l'heure: Réelle

Constat: 2021-05-26 09:28

Milieu de service: 3e étage - Bloc B - Médecine (Hôpital du Suroit)

Centre d'activité: - s6051 - Médecine

Endroit précis: Chambre

Autre endroit:

Information sur l'usager

Curatelle: ☒ Non ☐ Oui

Type de déficience: ☐ Aucune ☐ Auditive ☐ Cognitive ☐ Intellectuelle ☐ Langage ☐ Motrice ☒ Multidéficiences

☐ Physique ☐ Visuelle

Situation préalable

État de la personne: Normal Capacité de déplacement: Dépendance totale Surveillance requise: Usuelle

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

Constat à l'évaluation physique il y a un début de phlyctène aux 2 talons de 0,5 cm de diamètre.

Section 4 : Type d'événement (Faire un choix de A à G)

G - Autres types d'événements

Plaie de pression Autre (précisez):

Section 5 : Conséquence(s) immédiate(s) observée(s) pour la personne touchée (veuillez cocher la ou les case(s) appropriée(s))

☐ Aucune ☐ Psychologiques ☒ Physiques ☐ Autre (précisez):

Conséquence(s) psychologique(s):

Conséquence(s) physique(s): ☒ Douleur ☒ Phlyctène ☒ Rougeur

Partie(s) du corps atteinte(s): ☒ Pied

Autre(s) partie(s) du corps: 2 talons

Description détaillée des conséquences: Douleur difficile à évaluer car ne comprend pas échelle, début de phlyctène aux 2 talons de 0,5 cm de diamètre. Rougeur aux pourtours.

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

Type d'intervention ou de mesure

Soins apportés sur place

Suivi augmenté

- Divulgué fait et inscrit au dossier

Type d'intervention ou de mesures

Vu par le médecin

Précisions: Pieds bien nettoyés, Surélévation des pieds lorsque allée. Analgésiques donnés. Conjoint avisé lors de sa visite, Constate les modifications du positionnement. Satisfait du suivi. Equipe avisée et documentation complétée évaluation suivi plaies et PTI. Demande faite pour modifier la surface de lit.

Personne(s) avisée(s)

Nom: Monsieur Beau Beigne Fonction: - Conjoint(e) Heure: 11:49 ☒ Visite faite

Dr: Givago Fonction: Médecin Heure: 11:51 ☒ Visite faite

Section 7 : Nom du déclarant

Nom: Legay-Ryre Prénom: Hyllva Titre ou fonction: Infirmier Poste: N° de permis: 123819 Signature: Date du rapport: 2021-05-26

Veuillez noter que le milieu de service à indiquer à la section 2 est le milieu où s'est développé la plaie.

La personne qui complète la déclaration est la personne qui a découvert, donc constaté la plaie.