



La gestion des incidents

1. Introduction

Il n'existe pas de consensus sur la définition du mot incident dans le domaine de la santé. À l'Hôpital du Valais, l'incident est défini comme :

- une action, un comportement ou un dysfonctionnement qui :
 - a provoqué une atteinte à la santé du patient
 - aurait pu provoquer une atteinte à la santé
 - a affecté la bonne administration des soins ou le fonctionnement adéquat d'un service ;
- une atteinte inattendue ou indésirable à la santé du patient, survenue dans le cadre des soins (dans cette définition, l'incident est synonyme d'évènement indésirable).

Des incidents tels que définis ci-dessus se produisent tous les jours dans les hôpitaux à travers le monde. Reconnaître qu'ils se produisent, y compris dans sa propre institution, est une première étape. Mais on ne doit évidemment pas en rester là. Quand toutes les barrières de sécurité ont été déjouées et qu'un incident se produit, il est encore possible d'en faire quelque chose de constructif : l'utiliser pour améliorer les performances de l'hôpital et la sécurité des patients. Pour cela, après avoir constaté l'incident, il faut le déclarer, l'analyser et mettre en œuvre des mesures d'amélioration chaque fois que c'est possible. Ensuite, il convient de donner au déclarant un retour sur ce qui a été fait (et parfois communiquer à plus large échelle), ainsi que de vérifier la mise en œuvre des mesures d'amélioration. L'entier du processus est appelé gestion des incidents. Il comprend encore une étape essentielle, celle du soutien aux personnes impliquées, c'est-à-dire le patient, ses proches et les collaborateurs impliqués.

Pour que la gestion des incidents puisse devenir véritablement une démarche d'amélioration, il y a une condition sine qua non : que la culture de la sécurité se développe

dans l'hôpital. Cette dernière doit remplacer la culture du blâme, encore solidement implantée. Autrement dit, lorsqu'un incident est constaté, il ne faut pas chercher un coupable et le punir, il faut chercher à améliorer la sécurité en diminuant la probabilité de récurrence de l'incident et ses conséquences. Cela passe par l'identification, la déclaration, l'analyse et la mesure d'amélioration. Le blâme et la sanction suite à un incident suscitent la peur et sont un frein à la déclaration des incidents. Plus l'incident est grave, plus ce frein est puissant. Sans déclaration, le processus de gestion des incidents ne peut se mettre en marche. Cela devient particulièrement problématique dans les situations d'évènement indésirables graves qui sont traitées par la voie judiciaire.

Depuis 2015 l'Hôpital du Valais utilise un outil informatique pour la gestion des incidents. Il a permis d'harmoniser les pratiques des différents centres de l'HVS qui avaient tous des procédures différentes depuis de nombreuses années. L'introduction de cet outil, en parallèle à une campagne de sensibilisation, a eu un fort impact sur le nombre de déclarations d'incidents qui a passé d'environ 2000 en 2014 à 3150 en 2015. Ensuite, l'augmentation annuelle a été d'environ 1000/an jusqu'en 2018, après quoi l'augmentation a été moins marquée. Une augmentation si importante et si rapide du nombre de déclarations est attribuée à davantage de déclarations, et non davantage d'incidents survenus. Dans la mesure où il a été clairement démontré que les incidents sont sous-déclarés dans les hôpitaux, l'augmentation des déclarations est un signe positif. Elle traduit à la fois la facilitation du processus par l'outil et la progression de la culture de la sécurité.

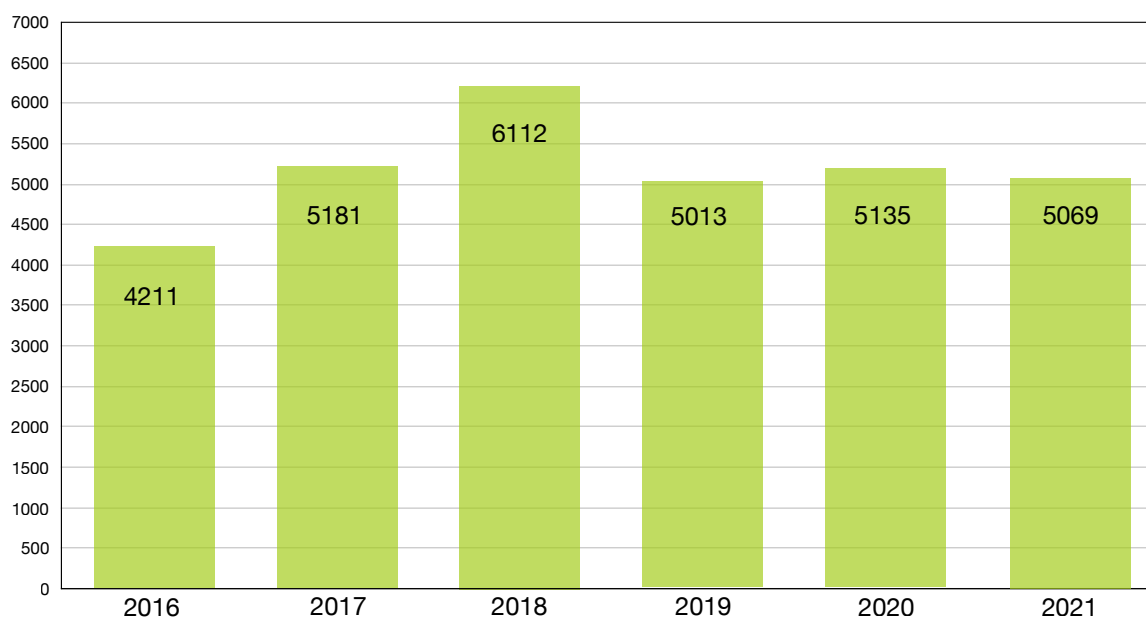
Les données ci-dessous, tirées de l'outil informatique institutionnel, donnent une vue d'ensemble de la gestion des incidents à l'Hôpital du Valais.

2. Déclaration des incidents

Nombre de déclarations

En 2021 les collaborateurs de l'HVS ont déclaré 5069 incidents, toutes gravités confondues. Le tableau ci-dessous montre le nombre d'incidents déclarés chaque année entre 2016 et 2021.

Dans ce rapport, le nombre annuel d'incidents déclarés à l'HVS de 2018 à 2020 ne correspond pas tout à fait à celui des rapports des années précédentes : cette différence est due au fait que les incidents déclarés par des partenaires externes ne sont pas pris en compte dans les chiffres présentés ci-dessous.



De 2016 à 2018, on constate une augmentation progressive des déclarations d'incident qui est attribuée à une progression de la culture sécurité (cf. explications dans l'introduction). En 2018 l'augmentation ne paraissait pas due principalement à la progression de la culture sécurité, mais à une nette augmentation des déclarations dans une catégorie en particulier, reflétant une problématique précise qui a été traitée (cf. rapport gestion des incidents de 2019). Depuis 2019, on note ne note plus d'augmentation et le nombre de déclarations reste stable. Bien que 5000 incidents déclarés puissent paraître un nombre important, il

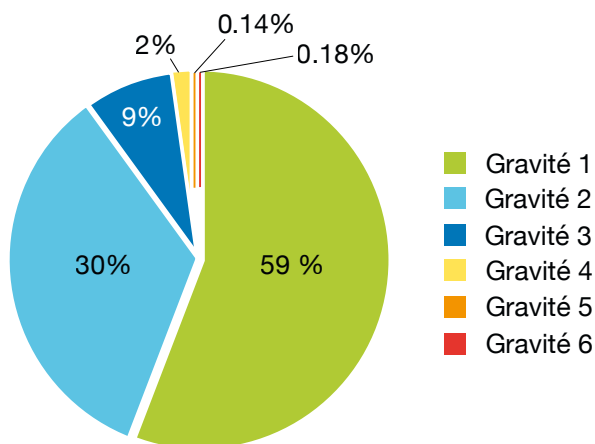
est important d'analyser plus en détail de quel type et de quelle gravité sont ces incidents. Cette analyse est présentée ci-après.

Degrés de gravité des incidents déclarés

Pour la gravité des incidents à l'HVS, l'échelle suivante est utilisée :

1. a affecté le bon déroulement des soins ou du fonctionnement du service ou a provoqué un désagrément sans impact sur la santé
2. aurait pu provoquer une atteinte légère et temporaire ou d'autres désagréments à la santé d'une personne
3. atteinte légère et temporaire ou d'autres désagréments à la santé d'une personne
4. aurait pu provoquer la mort ou une atteinte grave ou durable à la santé d'une personne
5. atteinte grave à la santé d'une personne
6. mort ou atteinte durable à la santé d'une personne

Le tableau ci-dessous montre la répartition d'incidents déclarés en fonction du degré de gravité pour 2021.



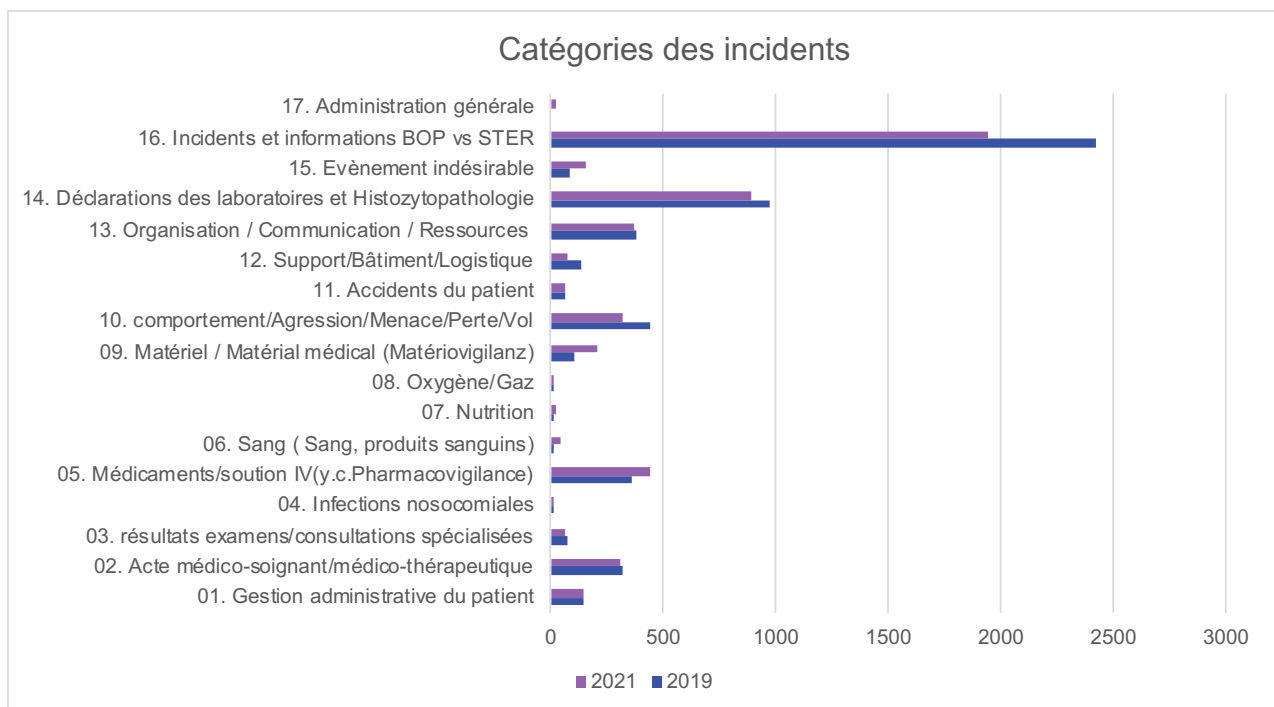
Si le nombre total d'incidents déclarés en 2021 peut paraître élevé, 89 % (4511) sont de faible degré de gravité (degré 1 ou 2). Les incidents déclarés qui ont eu ou auraient pu avoir une conséquence sur la santé des patients ne représente que 11 % (558) du total des incidents (5069). Parmi ces incidents, neuf incidents de degré 6 ont été déclarés en 2021, comptant pour 0,18 % de la totalité des incidents déclarés. Ces neuf incidents étaient tous des événements indésirables de type décès non attendu

et ont été déclarés dans le cadre de la procédure institutionnelle (déclaration de tout décès inattendu, même sans suspicion d'insuffisance dans la prise en charge). Ils ont été analysés par une équipe spécialisée dans le traitement des incidents graves. Des mesures d'amélioration ont été mises en œuvre chaque fois qu'une opportunité était identifiée, même si elle n'était pas directement en lien avec l'incident.

De nombreux articles publiés dans les journaux médicaux concluent que les incidents avec conséquence sur la santé des patients surviennent nettement plus souvent qu'ils ne sont déclarés. Cela, très probablement, parce que les collaborateurs craignent d'être sanctionnés. Cette sous-déclaration en milieu hospitalier est générale et l'Hôpital du Valais n'est vraisemblablement pas une exception. Pour cette raison, une augmentation des déclarations de ce type d'incident serait un signe positif, traduisant une progression de la culture sécurité au sein de l'hôpital. Ces dernières années, l'Hôpital du Valais a mené plusieurs démarches de sensibilisation à l'utilité du processus de gestion des incidents. Il a aussi garanti d'absence de sanction hors des situations de négligence ou de malveillance. Cependant on ne constate pas encore d'augmentation du nombre de déclarations de ce type d'incident.

Catégories des incidents déclarés

Le graphique ci-dessous montre le nombre d'incidents déclarés dans les différentes catégories. Une comparaison entre les années 2019 et 2021 est faite, car une comparaison avec 2020 n'est malheureusement pas possible suite à une modification du paramétrage de l'outil à l'occasion du changement de version du logiciel en cours d'année 2020 (la majorité des incidents déclarés en 2020 ont perdu la donnée catégorie).



Il est frappant de constater la prédominance des catégories 16 Incidents et informations BOP vs STER et 14 Déclarations des laboratoires et histocytopathologie. Ces deux catégories comptabilisent à elles seules 2835 incidents, soit plus de la moitié du total des incidents déclarés en 2021.

Concernant la catégorie 16, il faut relever qu'une part des incidents déclarés dans cette catégorie ne sont en réalité pas des incidents, mais des informations. Ces dernières sont au nombre de 551. Ce sont finalement 1395 incidents qui ont été déclarés dans cette catégorie, dont la majorité par le service de la stérilisation centrale.

Concernant la catégorie 14, ce sont les laboratoires qui en déclarent la quasi-totalité.

Les démarches de certification et d'accréditation, ainsi que le respect des normes y relatives, expliquent l'important nombre d'incidents déclarés par la stérilisation centrale et les laboratoires. À noter que presque tous ces incidents sont de gravité 1 ou 2.

3. Analyse des incidents

Dans les suites immédiates d'un incident, une première analyse est effectuée par les équipes impliquées afin de prendre rapidement des mesures. Le service qualité reçoit la déclaration et identifie le degré de gravité ainsi que la nécessité d'une analyse plus approfondie. Dans un deuxième temps, après la déclaration, une analyse est effectuée par d'autres personnes identifiées comme responsables de traitement. Elle consiste à prendre connaissance des mesures déjà prises, à voir si d'autres mesures préventives et correctives peuvent être mises en place et à décider si une information concernant cet incident doit être faite à plus large échelle. Pour certains incidents, une analyse approfondie et plus structurée est effectuée dans le but d'identifier tous les facteurs ayant pu contribuer à la survenue de l'incident (analyse systémique : cf. ci-dessous). Dans chaque facteur, il y a plusieurs causes possibles. Parfois des causes sont évitables et parfois pas. Dans les situations où elles sont évitables, des mesures d'amélioration sont mises en œuvre afin de diminuer la probabilité de survenue et les conséquences de l'incident.

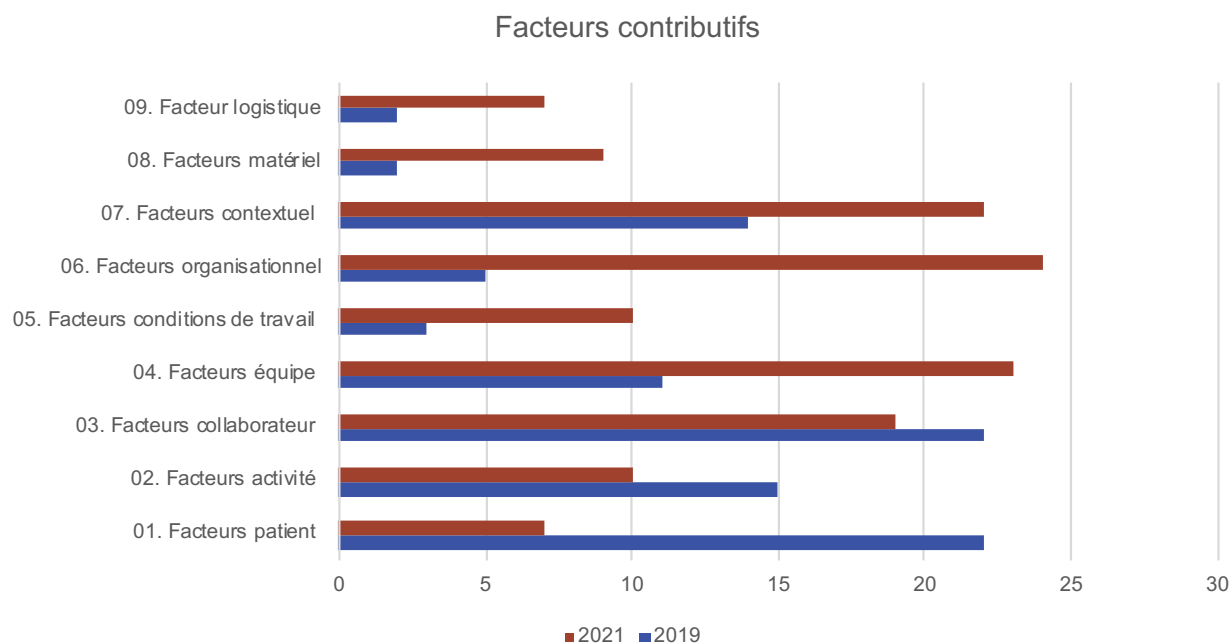
Depuis une modification du paramétrage de l'outil informatique de gestion des incidents en cours d'année 2020, seuls les incidents de haut degré de gravité (4 à 6) font l'objet d'une analyse approfondie avec identification de facteurs contributifs. En 2021 ce sont 120 incidents qui ont fait l'objet d'une telle analyse. Si ce chiffre paraît relativement bas au regard du nombre total d'incidents déclarés, c'est qu'une analyse approfondie avec identification des facteurs contributifs n'est pas effectuée pour les incidents de bas degré de gravité (1 à 3) qui représentent 98 % des déclarations.

L'analyse approfondie se base sur une approche dite systémique. Le principe de cette approche est qu'il existe plusieurs systèmes de sécurité qui évitent la survenue d'un incident. Il convient donc de chercher les facteurs contributifs dans chacun de ces systèmes de sécurité (les failles

du système). Voici des exemples de facteurs contributifs pour chaque système de sécurité dans le domaine de la sécurité des soins :

- Le patient: son état de santé, sa capacité de comprendre et de communiquer, son comportement.
- L'activité: la description de l'activité, sa documentation, son organisation, sa complexité, les risques associés.
- Le collaborateur: ses connaissances, ses compétences, son état de santé, de l'inattention, son comportement.
- L'équipe: la communication, le leadership, l'entraide.
- Les conditions de travail: les effectifs (collaborateurs absents), la charge de travail, l'environnement physique du travail (espace, température, éclairage), l'ambiance de travail.
- L'organisation (gouvernance de l'institution): la dotation en ressources humaines, les ressources matérielles mises à disposition, les priorités/objectifs institutionnels, la culture sécurité.
- Le contexte: l'économie, la politique, les exigences d'institutions externes.
- Le matériel: les défauts, la mauvaise utilisation.
- La logistique: le bâtiment, le transport.

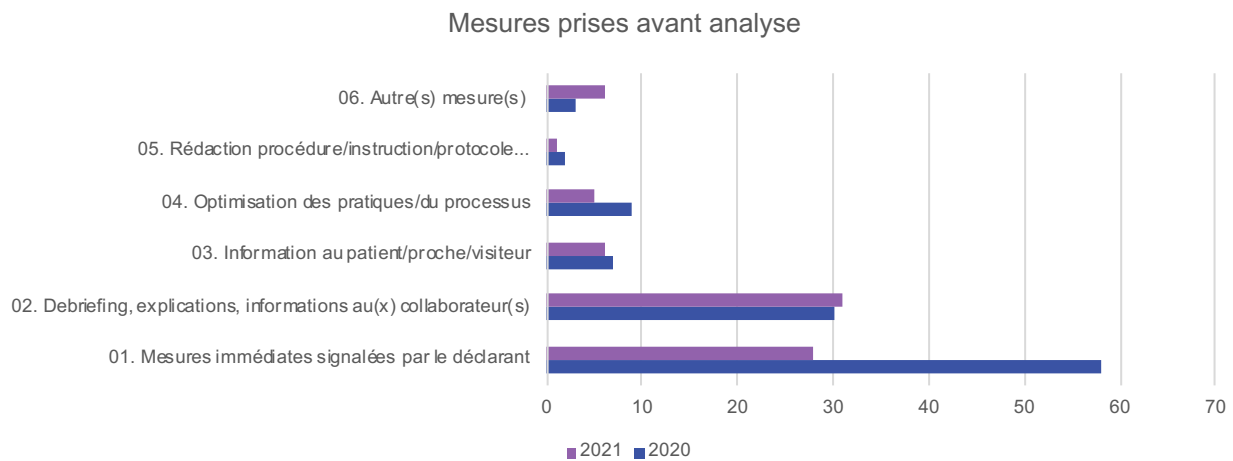
Le tableau ci-dessous compare les facteurs contributifs identifiés en 2019 à ceux identifiés en 2021. L'année 2020 ne peut malheureusement pas être utilisée, car, suite à une modification de l'outil informatique, ces données ne peuvent plus être extraites.



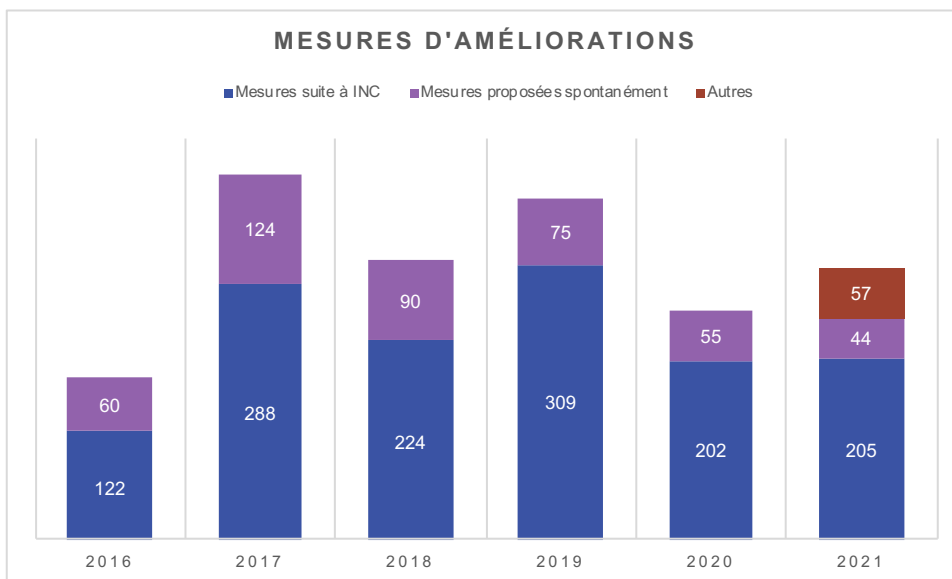
D'une manière générale, on constate qu'en 2021 davantage de facteurs contributifs ont été identifiés. Ceci représente un signe de maturation du processus d'analyse, car il est bien établi que la majorité des incidents sont multifactoriels (cf. explication de l'analyse systémique ci-dessus). Au-delà du nombre de facteurs identifiés, l'évolution des différents types de facteurs est intéressante, car elle traduit aussi une maturation du processus d'analyse. Par exemple, l'identification plus fréquente des facteurs équipe, conditions de travail et organisationnel est positive, par opposition à celle des facteurs collaborateur et patient qui, identifiés isolément, suggèrent plutôt une analyse superficielle, se focalisant sur la fin du processus ayant mené à l'incident.

4. Mesures d'amélioration

Certaines mesures d'amélioration sont prises juste après incident: le tableau ci-dessous en montre les différentes catégories pour les années 2020 et 2021.



Parmi les autres mesures d'amélioration, il y a celles issues des analyses approfondies, celles proposées spontanément par les collaborateurs sans lien avec un incident et celles d'autres origines (audit, revue de direction, suivi d'indicateurs, proposition de patients). Le tableau ci-dessous montre le nombre de mesures de ces différentes origines pour les années 2016 à 2021. La catégorie « Autres » (audit, revue de direction, suivi d'indicateurs, proposition de patients) a été ajoutée en 2021.



On ne constate pas d'évolution significative quant au nombre et origines des mesures d'amélioration entre 2020 et 2021. Un élément important et nouveau dès 2021 est le développement du suivi des mesures d'amélioration: définir une mesure d'amélioration ne suffit pas, il faut encore la mettre en œuvre. Fin 2021 47 % des mesures proposées étaient mises en œuvre, 15 % n'étaient pas réalisées et 38 % étaient encore en suivi.

Le nombre des mesures d'amélioration présentées dans les tableaux ci-dessus est bas par rapport au nombre total d'incidents, mais il faut rappeler que la grande majorité des incidents est de bas degré de gravité et fait rarement l'objet de mesures d'amélioration.

5. Conclusion

Le nombre de déclarations d'incident en 2021 est comparable aux nombres de 2019 et 2020. L'absence d'augmentation des déclarations ces dernières années contraste avec l'évolution constatée entre 2015 et 2018 (environ 1000 déclarations de plus chaque année).

De nombreux articles médicaux ont démontré qu'il y a dans les hôpitaux une sous-déclaration des incidents, en particulier de ceux ayant des conséquences sur la santé de patients. Ceci est probablement dû au fait que les collaborateurs craignent des sanctions. L'Hôpital du Valais n'est vraisemblablement pas une exception. Autrement dit, si la culture du blâme prédomine, les incidents ne sont pas déclarés et des opportunités d'amélioration sont manquées. Pour que les collaborateurs déclarent les incidents (surtout les incidents graves), il faut qu'ils aient confiance dans le processus de gestion des incidents et qu'ils soient convaincus qu'il sert à améliorer la sécurité des patients et non à rechercher des coupables: c'est alors que la culture sécurité prédomine.

Une augmentation progressive des déclarations d'incident traduit donc la progression de la culture sécurité. Il faudrait

que l'évolution du nombre des déclarations entre 2015 et 2018 soit à nouveau observée ces prochaines années à l'Hôpital du Valais. Et plus encore que l'augmentation du nombre total des déclarations, c'est l'augmentation des déclarations d'incidents ayant eu des conséquences sur la santé des patients qui signerait la progression de la culture qualité.

Les raisons pour lesquelles le nombre d'incidents déclarés à l'Hôpital du Valais stagne ces dernières années ne sont pas clairement identifiées. Il se peut que la culture sécurité ne progresse plus ou que le nombre de déclarations en 2020 et 2021 soit influencé par l'augmentation de la charge de travail en lien avec la pandémie Covid dans certains services clés (le processus de gestion des incidents est utile et important, mais il est chronophage). Quoi qu'il en soit, l'Hôpital du Valais poursuit ses efforts pour développer la culture sécurité en son sein, en cherchant à créer la confiance dans le processus de gestion des incidents et en démontrant sa contribution importante à la qualité des soins.