

La gestion des incidents médico-hospitaliers

Une intervention ou une prescription médicale n'est jamais dénuée de risques. Alors que ceux-ci sont la plupart du temps maîtrisés, des complications inattendues et indésirables peuvent survenir dans le cadre des soins. Ces complications sont considérées comme des incidents médico-hospitaliers.

Le but de la gestion des incidents est d'identifier les failles du système de sécurité dans l'organisation des soins et d'y remédier afin de prévenir, dans la mesure du possible, tout nouvel incident semblable. Dans la pratique, lorsqu'un incident est constaté, il est déclaré, puis il est analysé afin de déterminer ses causes. Si des causes évitables sont identifiées, des mesures d'amélioration sont mises en œuvre.

L'outil informatique utilisé par l'HVS pour la gestion des incidents donne une vue d'ensemble des incidents et de leur traitement ou une vue plus détaillée, par exemple au niveau des centres, des sites ou des services. Il permet aussi de suivre les mesures d'améliorations définies lors d'une analyse d'incident.

Définition d'un incident

L'article 43 de la Loi sur la santé du canton du Valais datant de 2008 donne une définition des incidents et de leur gravité. Il fait la distinction entre les incidents simples et les incidents graves. Les incidents simples comprennent tout événement, action, comportement ou dysfonctionnement qui :

- aurait pu provoquer la mort ou une atteinte grave ou durable à la santé d'une personne ;
- lui a causé une atteinte légère et temporaire à la santé ou d'autres désagréments ;
- a affecté la bonne administration des soins ou le fonctionnement adéquat d'un service.

Les incidents graves englobent tout événement, action, comportement ou dysfonctionnement qui a provoqué la mort ou qui a causé une atteinte grave ou durable à la santé d'une personne.

A cette définition, il est utile d'en ajouter une autre : celle d'évènement indésirable. L'évènement indésirable est un dommage à la santé du patient survenant dans le cadre de la prise en charge à l'hôpital. Ce type d'évènement n'est pas nécessairement évitable. Il arrive que l'état de santé du patient soit le facteur contributif majeur.

L'analyse de l'évènement indésirable est importante afin de chercher des causes évitables et, le cas échéant, de mettre en œuvre des mesures d'amélioration afin d'éviter qu'un même évènement ne se reproduise. Pour cette raison le système de gestion des incidents de l'HVS traite aussi les évènements indésirables.

Déclaration des incidents

Dans l'ensemble de l'Hôpital du Valais, 5181 incidents ont été déclarés en 2017, toutes gravités confondues.

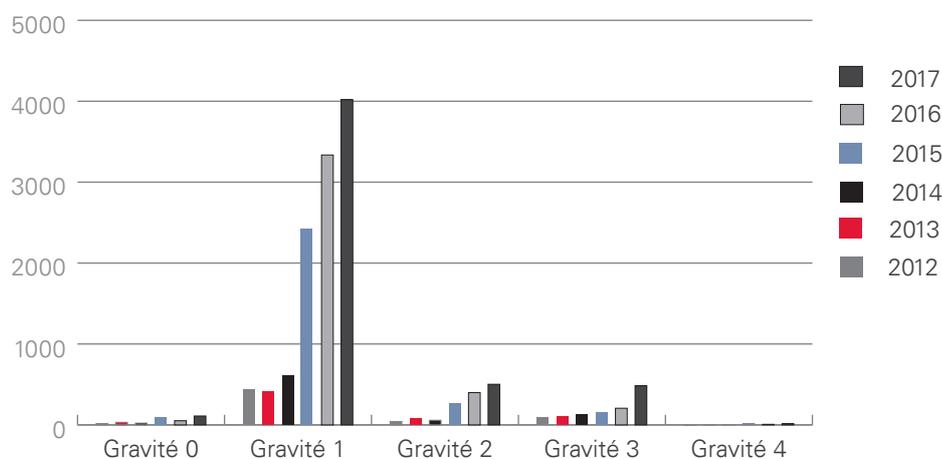
Pour la gravité des incidents à l'HVS, l'échelle suivante a été utilisée :

- degré 0 = sans gravité
- degré 1 = a affecté la bonne administration des soins ou le fonctionnement adéquat d'un service
- degré 2 = aurait pu provoquer la mort ou une atteinte grave ou durable à la santé d'une personne
- degré 3 = (a causé une) atteinte légère et temporaire ou d'autres désagréments à la santé d'une personne
- degré 4 = (a provoqué) la mort (ou causé) une atteinte grave ou durable à la santé d'une personne.

Les degrés 3 et 4 peuvent caractériser soit un élément causal (par exemple une erreur), soit une conséquence

(un évènement indésirable) qui nécessite une analyse à la recherche d'une cause évitable

Répartition du nombre d'incidents déclarés en fonction du degré de gravité sur la période de 2012 à 2017



On constate une augmentation du nombre de déclarations d'incidents entre 2016 et 2017, mais un peu moins forte qu'entre 2015 et 2016. Elle est attribuable à une meilleure connaissance de l'outil de gestion des incidents et à une progression de la culture de la sécurité. Autrement dit, c'est le nombre de déclarations qui augmente et non celui des incidents. Il est établi que dans les hôpitaux, le nombre de déclarations d'incidents de gravité modérée à

sévère reste relativement bas par rapport aux estimations d'incidence réelle. Dans ce contexte il est à relever pour l'année 2017 une augmentation plus importante des déclarations des incidents de gravité 3, ce qui montre une plus grande confiance des collaborateurs dans le processus de gestion des incidents, en particulier dans sa finalité d'amélioration et non de punition.

Répartition des degrés de gravité des incidents déclarés dans tout l'Hôpital du Valais en 2017



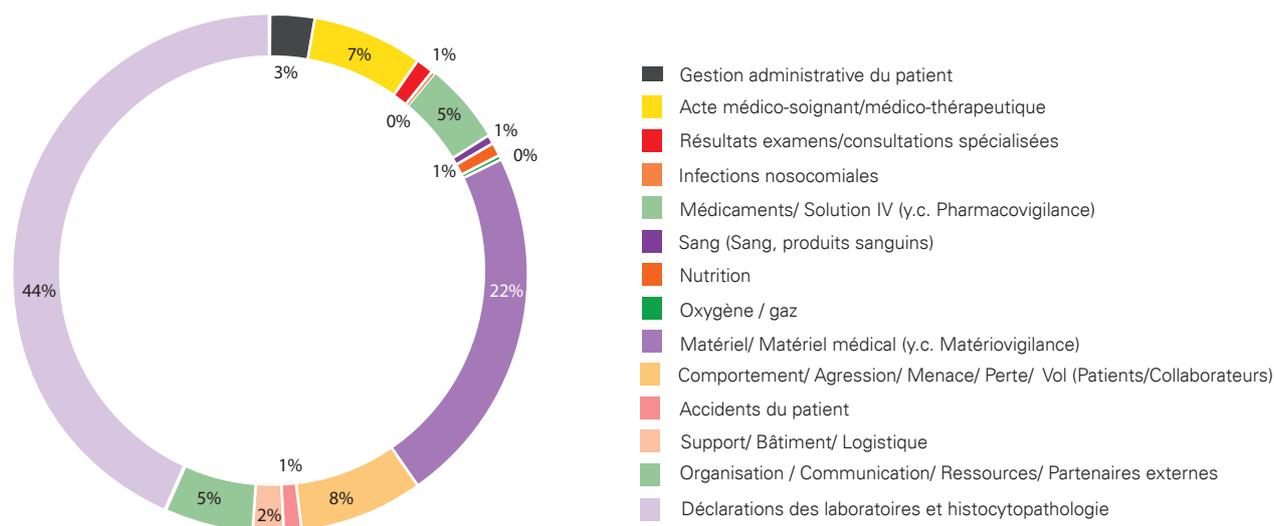
Les degrés de gravité montrés dans le graphique ci-dessus correspondent au degré déterminé par le service qualité juste après la déclaration. Il arrive que ces degrés soient corrigés dans un deuxième temps, au moment de l'analyse de l'incident (c'est notamment le cas pour les degrés 0 : cf commentaires sous le chapitre analyse des incidents).

La grande majorité des incidents déclarés est de faible gravité (degré 1).

Douze incidents de degré 4 ont été déclarés en 2017, comptant pour 0.2% de la totalité des incidents déclarés. Ces incidents étaient des événements indésirables (dommage

à la santé du patient survenu au cours de l'hospitalisation). Ils ont tous été analysés de manière détaillée et des mesures d'amélioration ont été mises en œuvre suite à six incidents. Deux de ces incidents ont été jugés potentiellement évitables et l'un des deux a fait l'objet d'un colloque morbidité-mortalité ainsi que d'une communication à large échelle au sein de l'institution. Pour les quatre autres incidents, les mesures d'amélioration ont été mises en œuvre dans un but d'amélioration, mais sans évidence qu'elles auraient pu éviter la survenue des incidents en question.

Domaines dans lesquels surviennent les incidents dans tout l'Hôpital du Valais



Le plus grand nombre de déclaration vient des laboratoires (catégorie 14) de l'Institut Central des Hôpitaux (ICH). Ces incidents concernent les analyses (pré-analytique, analytique, post-analytique) et les relations avec les sous-traitants et les fournisseurs. La déclaration d'incident est intégrée depuis 2006 dans les processus de prestations de l'ICH et répond notamment aux exigences d'accréditation des laboratoires.

Les incidents concernant le matériel (catégorie 9) représentent une partie importante des incidents hospitaliers déclarés à l'HVS. D'une manière générale, 86 % des incidents dans cette catégorie sont en lien avec le matériel de stérilisation et du matériel en salle opératoire. Une partie de ces déclarations est classée dans la matériovigilance et est rapportée à SwissMedic.

Dans le domaine du matériel de stérilisation et le salle opératoire (contenu des « plateaux »), plusieurs mesures ont été prises pour réduire le risque d'incidents :

- contrôle journalier de tous les plateaux étant considérés comme critiques

- fiche de contrôle détaillée permettant de surveiller toutes les étapes de circulation de ces plateaux (lavage, conditionnement et emballage)
- contrôles ciblés et doubles contrôles sur les tâches spécifiques.

Les incidents en rapport avec le comportement et les agressions (catégorie 10) représentent une partie importante des déclarations. Nous n'avons pas constaté une nette recrudescence de ces incidents à l'HVS, mais de nombreux hôpitaux en Suisse sont de plus en plus confrontés à ce type d'incidents.

Il n'y a pas d'incidents déclarés en rapport avec les infections nosocomiales (catégorie 4), car la détection et le suivi des infections nosocomiales sont déjà intégrés dans d'autres systèmes de surveillance (mesures systématiques par le service des maladies infectieuses de l'ICH, voir sous www.hopitalvs.ch/rapports).

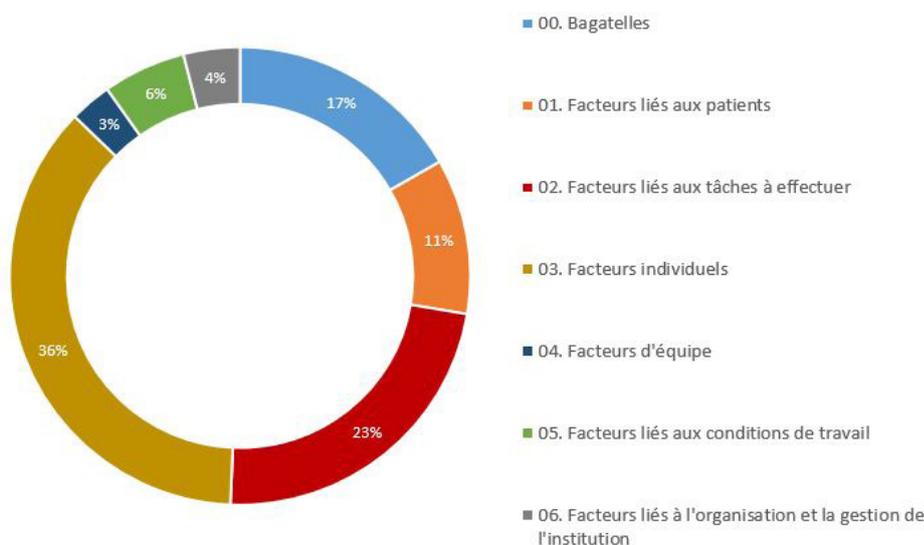
Analyse des incidents

Suite à une déclaration d'incident, une analyse est effectuée afin de déterminer si l'incident a des causes évitables. Une première analyse est effectuée rapidement après l'incident, puis une deuxième analyse a lieu à distance selon une approche plus structurée. Si des causes évitables sont identifiées lors des analyses, des mesures d'amélioration sont mises en œuvre.

Sur les 5181 incidents déclarés, 3551 ont été analysés. Tous les incidents déclarés n'ont pas été analysés, car 110 incidents ont été considérés comme sans gravité (degré de gravité 0) et de nombreux incidents de gravité 1 n'ont pas été analysés.

Lors des analyses structurées, les facteurs contributifs sont recherchés. Le graphique ci-dessous en montre les principaux

Facteurs contributifs des incidents



La catégorie « cas bagatelle » signifie qu'au moment de l'analyse l'incident a été considéré comme sans importance. Pour la majorité de ces incidents, l'analyse n'a pas abouti à des mesures d'amélioration.

Description des facteurs contributifs:

Facteurs liés aux patients

Parmi ces facteurs, l'état de santé du patient est l'élément le plus important, influençant directement la pratique des soins et leur résultat. D'autres éléments tels que la personnalité, la langue et les problèmes psychologiques peuvent aussi avoir des conséquences.

Exemples : mauvaise compréhension due à problème de langue ou à une importante différence culturelle, menace

envers le personnel soignant, santé très gravement atteinte dès l'entrée à l'hôpital.

Facteurs liés aux tâches à effectuer

L'organisation de la tâche, la disponibilité de protocoles et de résultats d'examen peuvent avoir une influence sur le processus de soins et affecter la qualité de la prise en charge.

Exemples : indisponibilité de rapports ou de protocoles, problèmes pré-analytiques ou analytiques pour les examens de laboratoire.

Facteurs liés aux individus = liés au collaborateur

Les connaissances, les compétences et l'expérience de chaque professionnel a une influence sur la pratique clinique, ainsi que sa santé physique et psychique.

Exemples : inattention, maladresse, oubli, maladie diminuant performance, manque de connaissance, de compétence ou d'expérience.

Facteurs liés à l'équipe

Chaque collaborateur fait partie d'une équipe intervenant auprès des patients ou dans des prestations liées à la prise en charge du patient. La performance du travail en équipe est donc un élément clé pour assurer la sécurité des patients.

Exemples : mauvaise communication (orale ou écrite), manque de supervision, pas de demande d'aide et soutien mutuel insuffisant, manque de respect, manque de leadership.

Facteurs liés aux conditions de travail

Ils comprennent la disponibilité des équipements et du matériel, l'adéquation de la quantité de ressources humaines, l'environnement physique.

Exemples : température/éclairage/dimension des locaux inadéquats, manque de personnel, limitation d'accès au matériel/locaux, lieu inapproprié en raison d'interruptions multiples.

Facteurs liés à l'organisation et la gestion de l'institution

Ces facteurs touchent principalement à la gouvernance de l'institution

Exemples : limitation de l'attribution des ressources, organisation/structure inefficace, politique institutionnelle floue/ambiguë, manque d'objectifs clairs, pas de promotion la culture de sécurité.

Facteurs liés au contexte de l'institution

L'institution elle-même est affectée par le contexte dans lequel elle évolue, notamment par les contraintes externes financières, légales et politiques.

Exemples : réglementation irréaliste, situation économique défavorable, instabilité politique.

Cette catégorie n'a pas été identifiée lors de l'analyse, mais l'a été dans certaines mesures d'amélioration.

Pour un incident analysé, il y a le plus souvent plusieurs facteurs contributifs.

Parmi les facteurs contributifs les analyses ont souvent identifié celui liés aux individus (collaborateurs) : inattention, manque de formation ou de connaissance. Cela ne signifie pas que c'est le facteur contributif principal de l'incident, mais qu'il y a contribué. Dans ce contexte, il est important de souligner qu'une importante part des incidents concerne les examens de laboratoires (par exemple : étiquetage, choix des tubes pour le prélèvement, ...) et sont de bas degré de gravité.

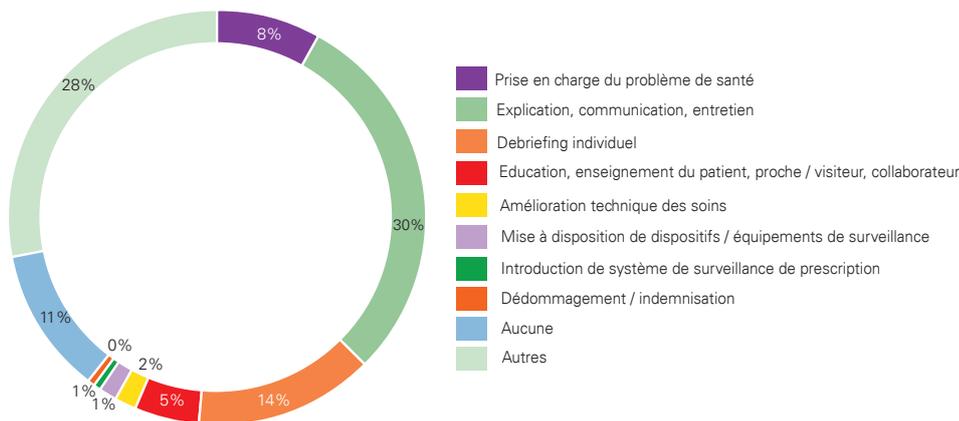
Mesures d'amélioration

Les mesures d'amélioration se répartissent en deux groupes, celles prises rapidement après la déclaration et celles prises dans un deuxième temps, après une analyse plus structurée. Sur l'ensemble des incidents déclarés, 4592 mesures ont été prises rapidement et 310 après l'analyse structurée. A noter que toutes les déclarations ne mènent pas à des analyses (cf remarque sous Chapitre analyse), que toutes les analyses ne mènent pas à des me-

sures d'amélioration (quand aucune cause évitable n'est identifiée) et qu'il y a souvent plusieurs mesures d'amélioration pour un même incident.

Le graphique ci-dessous montre la nature des mesures prises rapidement après la déclaration (avant l'analyse structurée).

Mesures prises rapidement



Une proportion importante (30%) des mesures consiste en des explications, des entretiens ou des debriefings, ce qui correspond au fait que le facteur individuel est souvent mis en évidence.

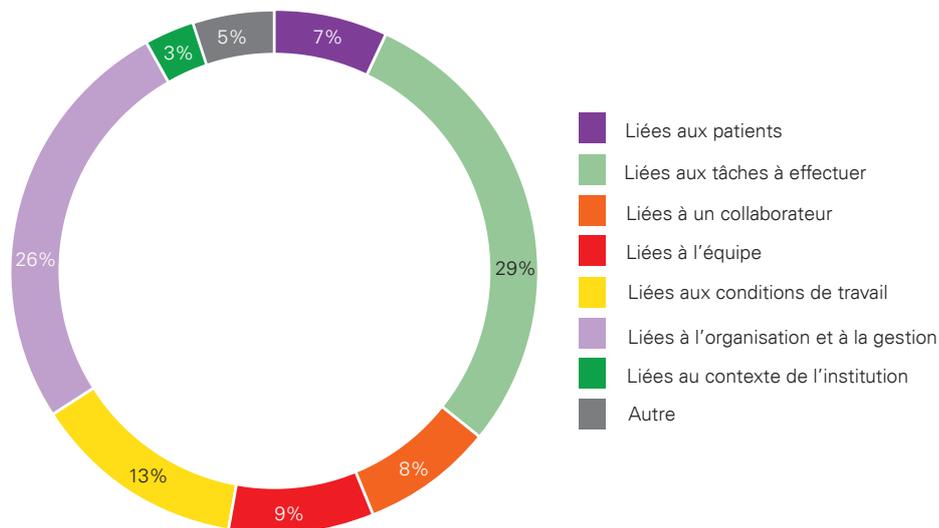
La catégorie « Prise en charge du problème de santé » représente essentiellement les mesures immédiates prises pour le patient après un incident lorsque ce dernier a eu un impact sur sa santé, quelle qu'en soit la gravité.

Dans 11% des cas aucune mesure n'a été prise avant l'analyse structurée. Cela correspond aux cas où il n'y a pas de dommage à la santé du patient et où l'analyse immédiate

ne trouve aucune cause évitable.

A noter que pour une proportion importante des mesures (28%), leur nature n'a pas pu être incluse dans une des catégories prédéfinies. Une recherche détaillée sur la nature de ces mesures n'a pas été effectuée.

Nature des 310 mesures prises après une analyse structurée



On constate que la répartition de la nature des mesures prises après l'analyse structurée ne correspond pas à celle des facteurs contributifs identifiés lors de cette analyse (cf graphique des facteurs contributifs sous chapitre analyse). La raison est que la plupart des mesures ont déjà été prises avant l'analyse structurée. Par exemple, les mesures immédiates prises avant l'analyse structurée consistent

dans 30% des cas en explication-communication-entretien et ceci correspond au facteur lié au collaborateur qui est identifié dans 41% des cas (« facteur individuel »).

Les mesures d'amélioration élaborées après l'analyse structurée concernent davantage les tâches à effectuer et l'organisation (par exemple : rédaction de protocole, clarification de processus, création de directive).

Conclusion

Le nombre de déclarations d'incident au sein de l'HVS augmente depuis plusieurs années, en parallèle à la mise à disposition d'un outil informatique de gestion des incidents (en 2015) et à la sensibilisation des collaborateurs. Nous concluons qu'il ne s'agit pas d'une augmentation de la survenue des incidents, mais d'une augmentation des déclarations des incidents. Ceci est un signe positif, car cela traduit une progression de la culture de la sécurité.

Il donne une vue globale du processus de gestion des incidents et permet de cibler des initiatives sur des domaines où beaucoup d'incident sont déclarés. Il permet aussi de constater que les déclarations d'incidents débouchent réellement sur des mesures d'amélioration et que ces dernières sont, pour la grande majorité, mises en œuvre rapidement après l'incident.

L'outil informatique de gestion des incidents permet d'obtenir des renseignements utiles sur le traitement des inci-