

## La gestion des incidents

### 1. Introduction

Il n'existe pas de consensus sur la définition du mot incident dans le domaine de la santé. A 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 traités par la voie judiciaire.

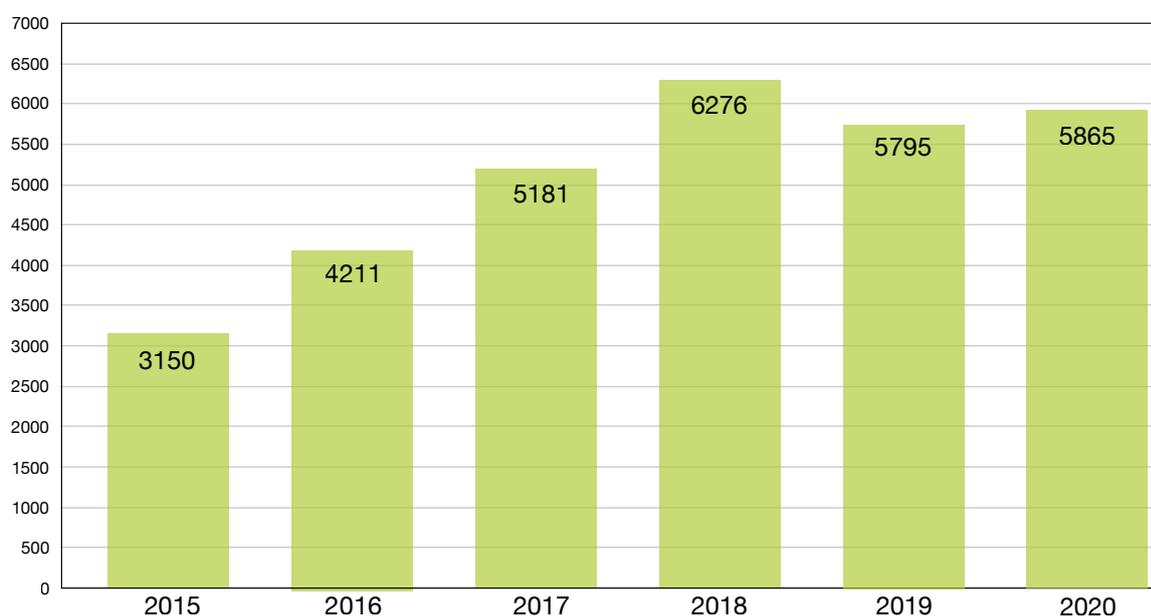
Depuis 2015 l'Hôpital du Valais utilise un outil informatique pour la gestion des incidents. Il a permis d'harmoniser les pratiques des différents centres de l'HVS qui avaient tous des procédures différentes depuis de nombreuses années. L'introduction de cet outil, en parallèle à une campagne de sensibilisation, a eu un fort impact sur le nombre de déclarations d'incidents qui ont passé d'environ 2000/an jusqu'à 2014 à 3150/an en 2015 avec ensuite une augmentation annuelle d'environ 1000/an. L'interprétation de cette augmentation est importante : elle correspond à une augmentation du nombre de déclarations et non du nombre d'incidents survenus. Cette augmentation traduit à la fois la facilitation du processus par l'outil et la progression de la culture de la sécurité.

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

## 2. Déclaration des incidents

### Nombre de déclarations

En 2020, les collaborateurs de l'HVS ont déclaré 5865 incidents, toutes gravités confondues. Le tableau ci-dessous montre le nombre d'incidents déclarés chaque année entre 2015 et 2020.



De 2015 à 2018, on constate une augmentation progressive des déclarations d'incident. 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). À partir de 2019, le nombre de déclarations se stabilise. Il se peut que la culture sécurité ne progresse plus, qu'une démotivation apparaisse en lien avec une performance du processus jugée insuffisante (qualité des analyses et efficacité des mesures d'amélioration) ou que le nombre de déclarations en 2020 soit plus bas en raison de l'augmentation de la charge de travail dans certains

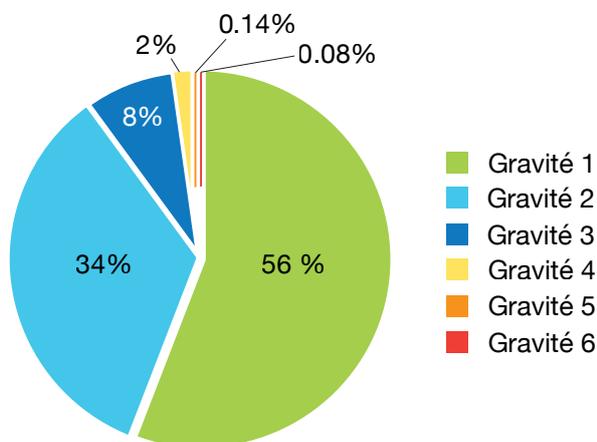
services clés (le processus de gestion des incidents est utile et important, mais il est aussi chronophage).

### 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 la période de 2019 et 2020.



En 2020, comme lors des années précédentes, la grande majorité des incidents déclarés est de faible degré de gravité : 90 % des incidents sont de degré 1 ou 2. Cinq incidents de degré 6 ont été déclarés en 2020, comptant pour 0,08 % de la totalité des incidents déclarés. Ces incidents étaient tous des événements indésirables de type décès et ont été déclarés dans le cadre de la procédure institutionnelle. Il s'agissait de décès non attendus, mais sans suspicion de problème dans la prise en charge. Dans certains cas, les analyses ont abouti à la mise en œuvre de mesures d'amélioration, mais elles n'étaient pas en lien direct avec l'évènement en question.

### Catégories des incidents déclarés

Il est intéressant de comparer l'évolution des catégories d'une année à l'autre. En particulier, il serait intéressant de voir si la catégorie événement indésirable est plus souvent utilisée. Cela montrerait que les collaborateurs osent déclarer des incidents qui ont eu des conséquences sur la santé du patient, traduisant une progression de la culture sécurité. Malheureusement suite à une modification du paramétrage de l'outil associée à un changement de version du logiciel en cours d'année 2020, la majorité des incidents déclarés ont perdu la donnée « catégorie ».

### 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. Dans un deuxième temps, après la déclaration, une analyse est effectuée par d'autres personnes identifiées comme responsables de traitement. Cette deuxième analyse se déroule de manière structurée et avec davantage de recul par rapport à l'incident. Elle consiste à prendre connaissance des mesures déjà prises, à déterminer la nécessité d'une analyse plus approfondie et à décider si une information concernant cet incident doit être faite à plus large échelle. L'analyse approfondie vise à identifier toutes les causes de l'incident (pas seulement au niveau du collaborateur directement impliqué). Parfois les 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.

En 2020 pour 78 % des incidents déclarés (4583 incidents), l'analyse secondaire n'a pas abouti à une analyse approfondie. Ceci est à corrélérer avec le fait que 90 % des incidents sont de bas degrés de gravité (cf. tableau ci-dessus). Une analyse approfondie a été effectuée pour 22 % des incidents déclarés (1282 incidents). Dans le cadre de l'analyse secondaire, une information plus large, sous forme d'une communication à d'autres services, a été effectuée au sujet de 35 incidents.

L'analyse approfondie se base sur une approche dite systémique. Le principe de base de cette approche est qu'il existe plusieurs systèmes de sécurité qui évitent qu'un incident ne se produise. On cherche alors les facteurs contributifs dans chacun de ces systèmes (les failles du système). Dans le domaine de la sécurité des soins, voici les systèmes de sécurité et des exemples de facteur contributif :

- 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.

#### Facteurs contributifs

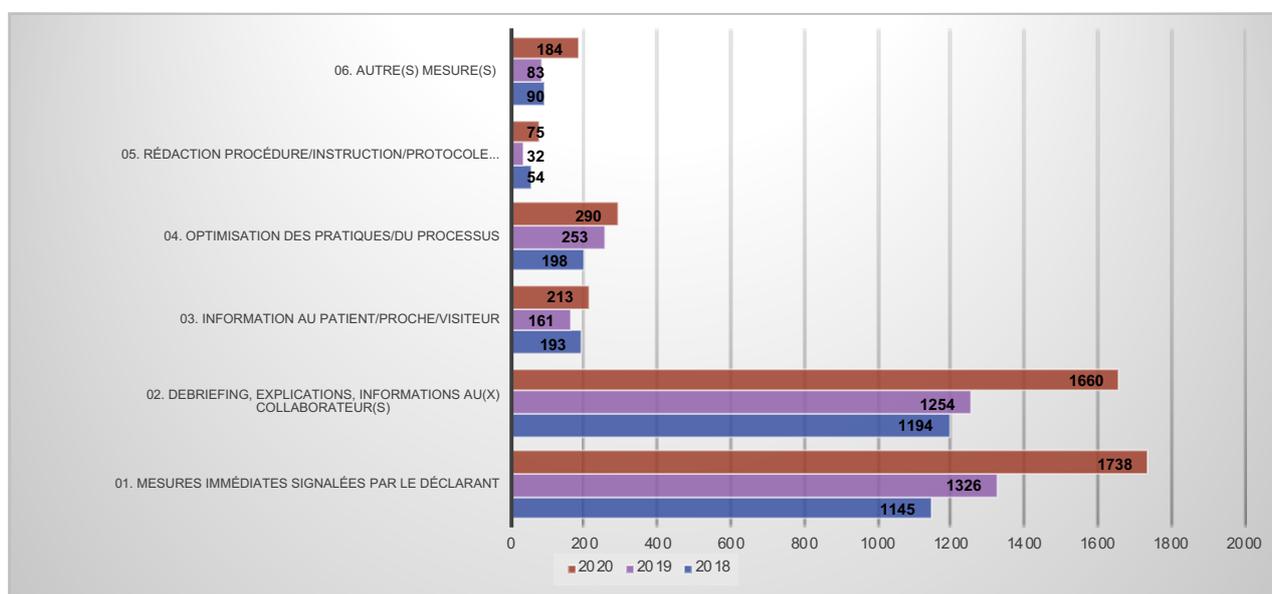
Il est intéressant de comparer l'évolution des facteurs contributifs d'une année à l'autre. En particulier, il est intéressant de voir si le facteur « équipe » est plus souvent identifié, ce qui serait un signe de maturité du processus d'analyse, car la tendance première est de retenir uniquement le facteur « collaborateur ». Malheureusement, suite à une modification du paramétrage de l'outil associée à un changement de version du logiciel en cours d'année 2020, la majorité des facteurs contributifs identifiés ont été perdus.

## 4. Mesures d'amélioration

Toutes les mesures d'amélioration n'attendent pas l'étape d'analyse. Souvent, elles sont prises directement après la survenue de l'incident. En plus de ces mesures prises rapidement, certaines sont mises en œuvre dans un deuxième temps, après une analyse plus structurée.

### Mesures prises après l'incident, mais avant l'analyse approfondie

Ces mesures sont réparties dans des catégories prédéfinies. Le tableau ci-dessous montre la répartition des catégories de ces mesures des années 2018 à 2020.



D'une manière générale, on constate qu'en 2020 il y a eu plus de mesures prises immédiatement après l'incident : 4160 mesures en 2020, 3109 en 2019 et 2874 en 2018.

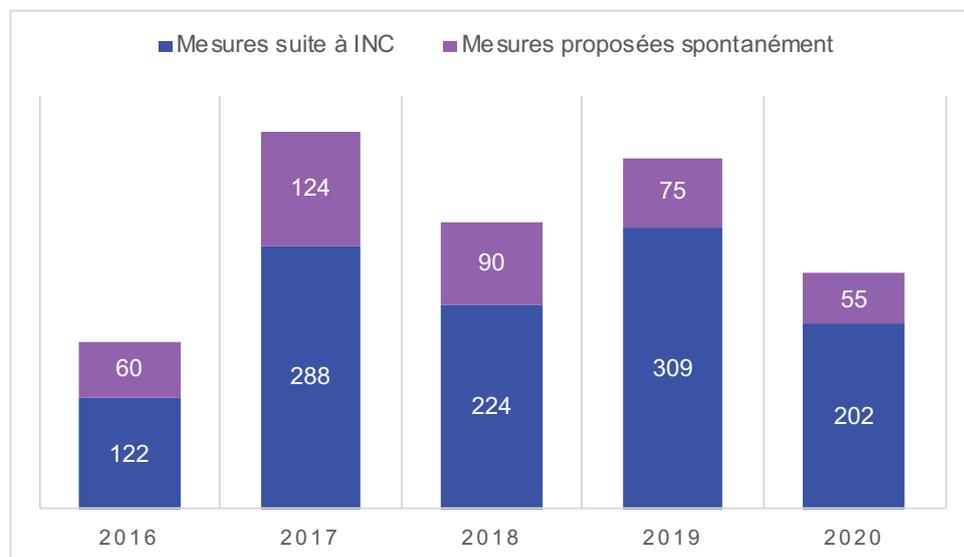
Parmi ces 4160 mesures, 1738 (42 %) ont été prises immédiatement après l'incident, mais il n'y a pas de précision quant à la nature de ces mesures (catégorie 6). La catégorie 1 ne donne malheureusement pas beaucoup d'informations. Les catégories 2 et 5 sont importantes, mais, prises isolément, elles sont considérées comme peu efficaces pour diminuer la probabilité de survenue d'un incident.

Des efforts doivent encore être faits pour que les mesures relèvent davantage de la catégorie 4. Il convient cependant de rappeler que les mesures décrites ici sont celles prises immédiatement après l'incident et sont donc les plus simples et les plus rapides à mettre en œuvre.

### Mesures d'amélioration suite aux analyses approfondies

Suite à des analyses d'incident approfondies, 202 mesures d'amélioration ont été proposées en 2020. En plus, 55 mesures d'amélioration ont été proposées spontanément par des collaborateurs, c'est-à-dire sans lien direct avec un incident.

Le tableau ci-dessous montre l'évolution de 2016 à 2020 du nombre de mesures d'amélioration prises après une analyse structurée et de celles proposées spontanément.



Entre 2019 et 2020, on constate donc une augmentation de 34 % des mesures prises après l'incident, mais avant l'analyse approfondie et une baisse de 33 % des mesures

d'amélioration prises après une analyse approfondie ou proposées spontanément.

## 5. Conclusion

La gestion des incidents est une démarche d'amélioration de la sécurité des patients qui est bien établie à l'Hôpital du Valais. Le nombre d'incidents déclarés en 2020 reste élevé et il est légèrement plus haut que celui de 2019. Cette augmentation est cependant nettement moins marquée que sur la période s'étendant de 2015 à 2018. Cette moindre augmentation interpelle, car l'augmentation du nombre d'incidents déclarés est considérée comme un signe de progression de la culture sécurité. Il se pourrait donc la culture sécurité ralentisse sa progression à l'Hôpital du Valais.

D'autres explications à la stabilisation du nombre de déclarations sont possibles, comme une insatisfaction quant à la performance du processus (qualité des analyses et efficacité des mesures d'amélioration) ou la priorisation d'autres processus que la gestion des incidents en raison de l'importante charge de travail dans certains services en lien avec la pandémie Covid.

Des mesures pour promouvoir et améliorer la gestion des incidents ont été prises en 2020, par exemple :

- une campagne de sensibilisation sur la gestion des incidents ;
- la pérennisation de l'instance dédiée au traitement des incidents graves dans le Centre Hospitalier du Valais Romand ;
- l'amélioration du suivi des mesures d'amélioration grâce à l'implication des services qualité ;
- un audit interne sur l'entier du processus de la gestion des incidents.

Dans le même but, de nouvelles initiatives seront mises en œuvre en 2021 :

- mise à disposition des chefferies de service d'un tableau de bord leur donnant une vision complète des incidents déclarés et traités dans leur propre service ;
- augmentation du nombre des colloques morbidité-mortalité, qui relèvent de la même philosophie que la gestion des incidents ;
- changement du paramétrage de l'outil informatique de gestion des incidents pour faciliter l'analyse des incidents et rendre le processus moins chronophage.

L'évolution du nombre de déclarations d'incident entre 2020 et 2021 permettra d'évaluer l'impact des mesures décrites ci-dessus. L'analyse de l'évolution des catégories d'incidents, des degrés de gravité et des facteurs contributifs sera aussi un moyen d'évaluer la progression de la culture sécurité au sein de l'hôpital.