

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.

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 est passé d'environ 2000 en 2014 à 3150 en 2015. Ensuite, l'augmentation annuelle a été d'environ 1000/an jusqu'en 2018. 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. Depuis 2019, le nombre des déclarations s'est stabilisé aux alentours de 5000/an.

Les données présentées dans ce rapport sont tirées de l'outil informatique institutionnel et donnent une vue d'ensemble de la gestion des incidents à l'Hôpital du Valais.

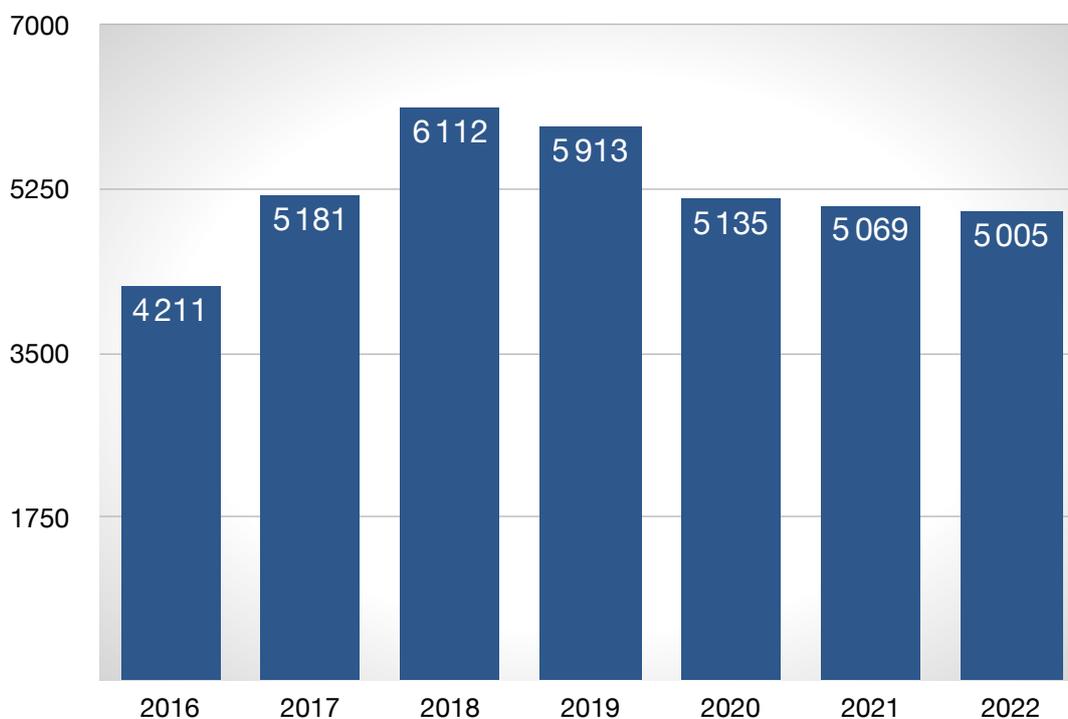
2. Déclaration des incidents

Nombre de déclarations

En 2022 les collaborateurs de l'HVS ont déclaré 5004 incidents, toutes gravités confondues. Le tableau ci-dessous montre le nombre d'incidents déclarés chaque année entre 2016 et 2022.

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.

Nombre d'incidents déclarés à l'Hôpital du Valais



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).

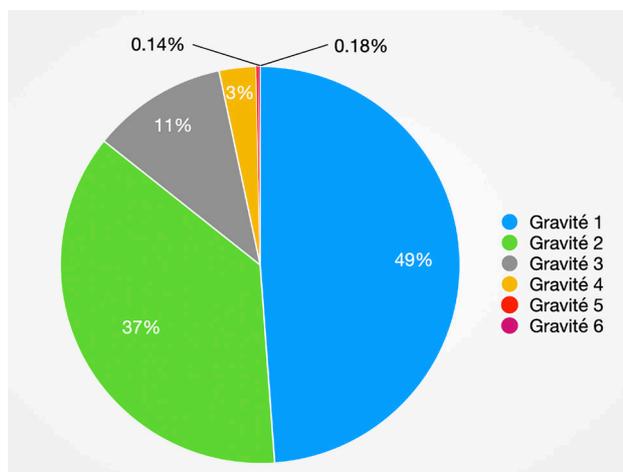
Depuis 2019, on ne note plus d'augmentation et le nombre de déclarations reste stable. Bien que 5000 incidents déclarés puissent paraître un nombre important, il est important d'analyser plus en détail de quel type et de quelle gravité sont ces incidents. Cette analyse est présentée ci-dessous.

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 2022.



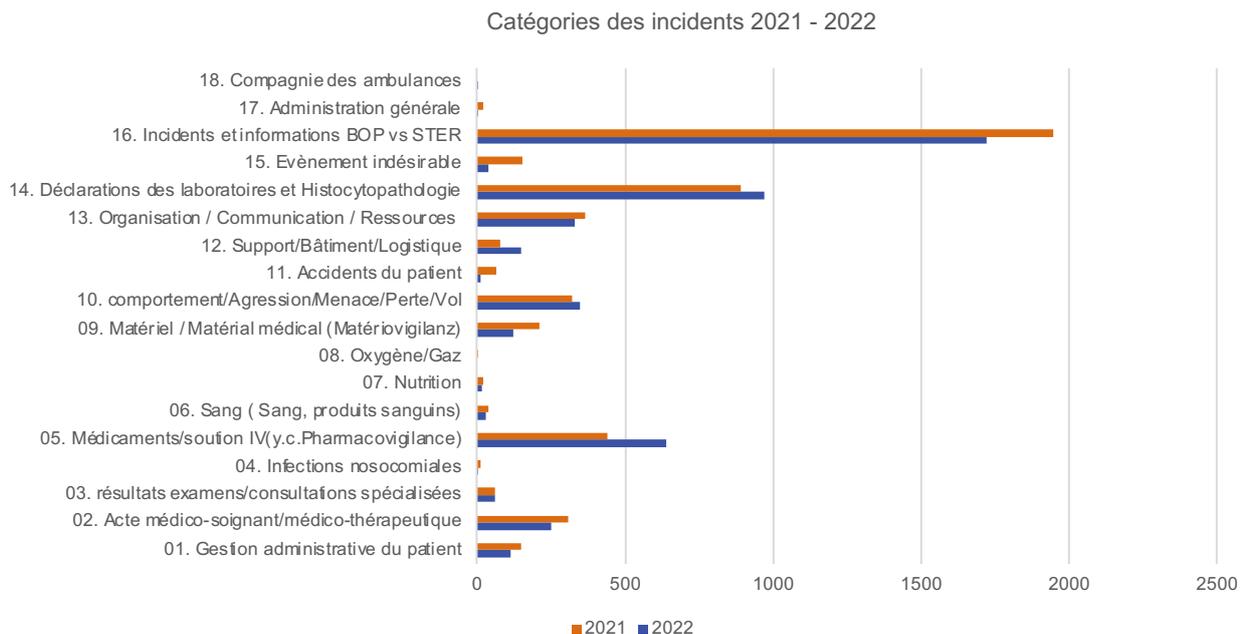
Si le nombre total d'incidents déclarés en 2022 peut paraître élevé, 86 % (4093) sont de faible degré de gravité (degré 1 ou 2). Les incidents déclarés qui ont eu ou auraient pu avoir une conséquence sur la santé des patients ne représente que 13 % (656) du total des incidents (5004). Dix déclarations d'incident de degré 6 ont été effectuées en 2022, comptant pour 0,18 % de la totalité des incidents déclarés. A noter que 2 de ces déclarations concernaient le même incident. Ces 9 incidents étaient tous des évènements

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). Aucune cause évitable n'a été mise en évidence, mais des mesures d'amélioration ont parfois été mises en œuvre même si elles n'étaient 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. Entre 2021 et 2022 on ne constate qu'une faible augmentation de la proportion des déclarations de ce type d'incident (11 % en 2021 et 14 % en 2022).

Catégories des incidents déclarés

Le graphique ci-dessous montre le nombre d'incidents déclarés dans les différentes catégories avec une comparaison entre les années 2021 et 2022.



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 2693 incidents, soit plus de la moitié du total des incidents déclarés en 2022. 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.

L'évolution entre 2021 et 2022 est marquée par une baisse de la catégorie 15 (évènement indésirable) et une augmentation de la catégorie 5 (Médicaments/solutions IV). Étant donné que les évènements indésirables impliquent une atteinte à la santé du patient, ils sont inclus dans les degrés de gravité 3, 5 et 6. Or, en 2022, il y a eu un peu plus d'incidents de catégorie 3 qu'en 2021 (les degrés 5 et 6 sont restés stables), si bien qu'il est probable que des incidents affectant la santé des patients ont été déclarés en 2022 dans une autre catégorie que la 15 (évènement indésirable). L'augmentation du nombre d'incidents déclarés dans la catégorie 5 (Médicaments/solutions IV) est quant à elle une évolution favorable, car cela correspond à ce qui est déjà bien établi, à savoir que les incidents médicamenteux représentent une part importante des incidents survenant dans les hôpitaux.

3. Analyse des incidents

Le but de l'analyse d'un incident est d'identifier des actions qui diminuent la probabilité de récurrence de l'incident et/ou ses conséquences. Les analyses se déroulent en deux phases. La première phase consiste en une analyse rapide effectuée par les équipes impliquées dans l'incident. La deuxième phase est sous la responsabilité d'une personne ou d'une équipe impliquée moins directement, voire pas du tout. Elle consiste en l'appréciation des mesures déjà prises et l'évaluation de la nécessité de mesures supplémentaires. Si des mesures supplémentaires sont jugées nécessaires et que l'incident est de haut degré de gravité (degrés 4 à 6), une analyse structurée est effectuée. La deuxième phase est aussi le moment où il est décidé si une information concernant l'incident doit être faite à plus large échelle au sein de l'institution.

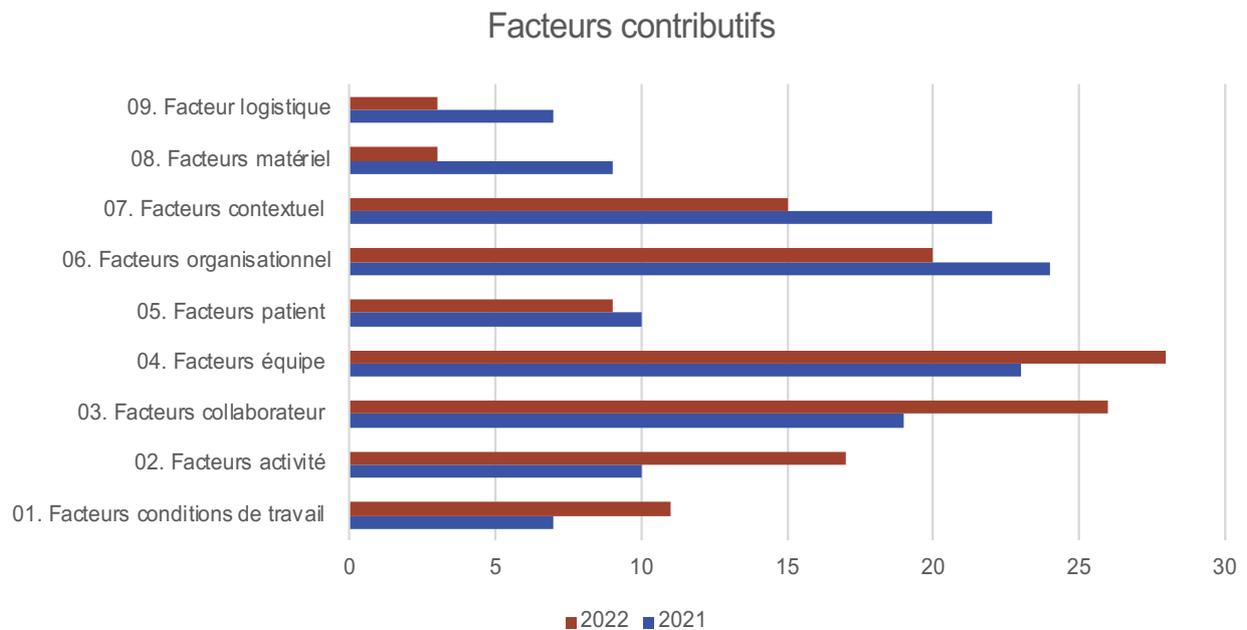
En 2022 130 incidents ont fait l'objet d'une analyse structurée (pour rappel 97 % des incidents déclarés sont de bas degré de gravité et ne font pas l'objet d'une analyse de ce type).

L'analyse structurée 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 2021 à ceux identifiés en 2022.



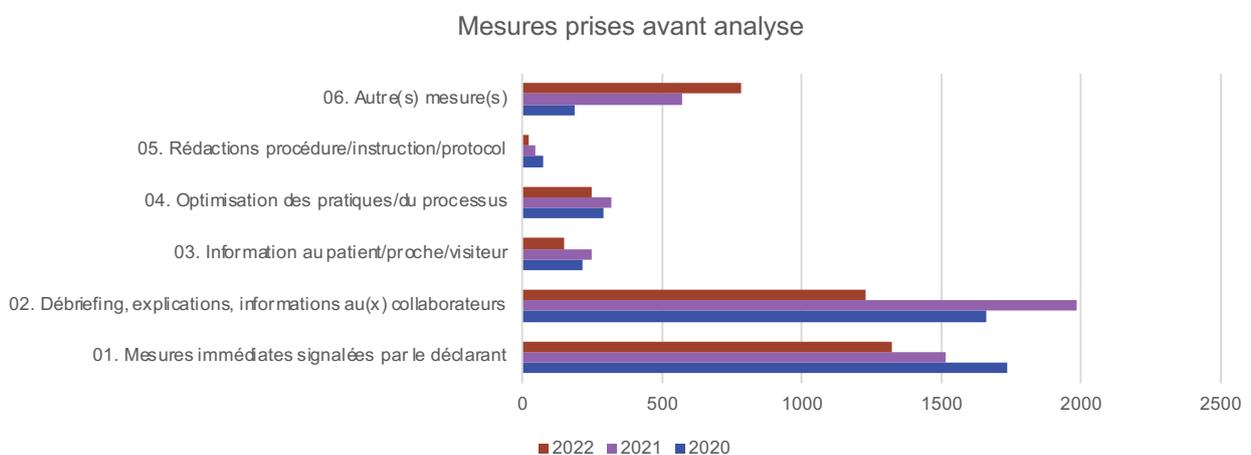
Si l'on compare l'année 2022 à l'année 2021, on constate une augmentation de l'identification des facteurs contributifs 1 à 4 et une baisse des facteurs 5 à 9. Il n'est pas possible de déterminer si ces différences au niveau de

l'identification des facteurs contributifs sont dues à une évolution des techniques d'analyse ou aux types d'incidents analysés.

4. Mesures d'amélioration

Certaines mesures d'amélioration sont mises en œuvre avant l'analyse détaillée de l'incident (c'est-à-dire avant la deuxième phase décrite au point III) : le tableau ci-dessous

montre l'évolution des catégories de ces mesures d'amélioration sur les années 2020 à 2022.

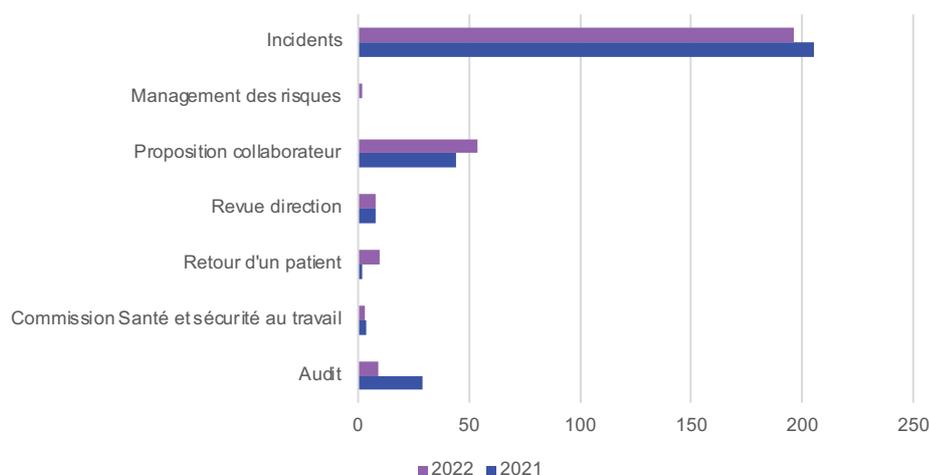


D'une manière générale, on constate qu'en 2022 il y a eu moins de telles mesures d'amélioration qu'en 2021 : 3750 versus 4675, respectivement. Parmi ces 3750 mesures, 2102 (56 %) ont été prises immédiatement après l'incident (avant la déclaration), mais il n'y a pas de précision quant à la nature de ces mesures (catégorie 1 et 6). Le reste des mesures du tableau ci-dessus (44 %, soit 1648 mesures d'amélioration) ont été prises après la déclaration de l'incident, mais avant l'analyse. Entre 2020 et 2022, on constate une baisse plus importante des mesures d'amélioration des catégories 2 et 5, mais cela n'implique pas une diminution de la sécurité de prise en charge, car ces types de mesures 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 qui est reconnue comme la plus efficace.

Les autres mesures d'amélioration sont définies suite à une analyse survenant dans un deuxième temps (deuxième phase de l'analyse décrite sous le point III), suite à des propositions spontanées de collaborateurs (pas de lien avec un incident) ou suite à des propositions d'autres origines (exemples : 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 2021 et 2022.

Source de la mesure d'amélioration



On ne constate pas d'évolution significative quant au nombre et origines des mesures d'amélioration entre 2021 et 2022, en dehors du nombre de mesures d'amélioration suite à des audits.

En 2022, 202 mesures d'amélioration ont été proposées suite à une analyse structurée. Ce nombre paraît bas par rapport au nombre total d'incidents déclarés, mais 97 % des incidents déclarés sont de bas degré de gravité et ne

font pas l'objet d'une analyse structurée. L'ensemble des mesures d'amélioration regroupe ces 202 mesures plus les 3750 prises avant la deuxième phase d'analyse, soit un total de 3952. La différence entre ce total et le nombre total d'incidents déclarés s'explique, d'une part, par le fait que les analyses ne débouchent pas toutes sur des mesures d'amélioration et, d'autre part, par le fait que certains incidents déclarés sont considérés comme sans importance (incident bagatelle) et ne font pas l'objet d'une analyse.

5. Conclusion

Le nombre de déclarations d'incident en 2022 est comparable à ceux des années 2019 à 2021. 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.

Au stade actuel, une augmentation progressive des déclarations d'incident dans notre institution traduirait la progression de la culture sécurité et non une augmentation du nombre d'incidents. 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 restent incertaines. Il se peut que la confiance dans le processus de gestion des incidents s'érode ou que la visibilité de l'amélioration de la sécurité des patients ne soit pas suffisante. Il est aussi probable que la charge de travail dans certains secteurs en raison du manque de personnel diminue le temps à disposition pour s'impliquer dans le processus de gestion des incidents. L'HVS a prévu de refaire une enquête interne sur la culture sécurité en automne 2023 :

les réponses des collaborateurs donneront peut-être des pistes d'explication. En attendant, 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.