

## 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.

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 les causes sont évitables, des mesures d'amélioration sont mises en œuvre.

En 2015 l'Hôpital du Valais (HVS) a mis en place un outil informatisé pour la gestion des incidents. En parallèle au déploiement de cet outil, le personnel de l'HVS a reçu une formation sur la gestion des incidents et la communication en cas d'incident grave. L'outil permet d'obtenir 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 de l'HVS.

### 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.

À cette définition, il est utile d'en ajouter une autre : celle d'évènement indésirable. L'évènement indésirable est un dommage au patient résultant de la prise en charge médico-soignante. Ce type d'évènement n'est pas nécessairement évitable, c'est-à-dire qu'il n'est pas nécessairement causé par une erreur (l'état de santé du patient peut jouer un rôle prédominant).

Le système de gestion des incidents de l'Hôpital du Valais ne traite pas seulement les incidents dans le sens précisé par la loi susmentionnée, mais il traite aussi les événements indésirables afin qu'ils soient analysés à la recherche d'une cause évitable qui ne paraîtrait pas évidente d'emblée.

### DÉCLARATION DES INCIDENTS

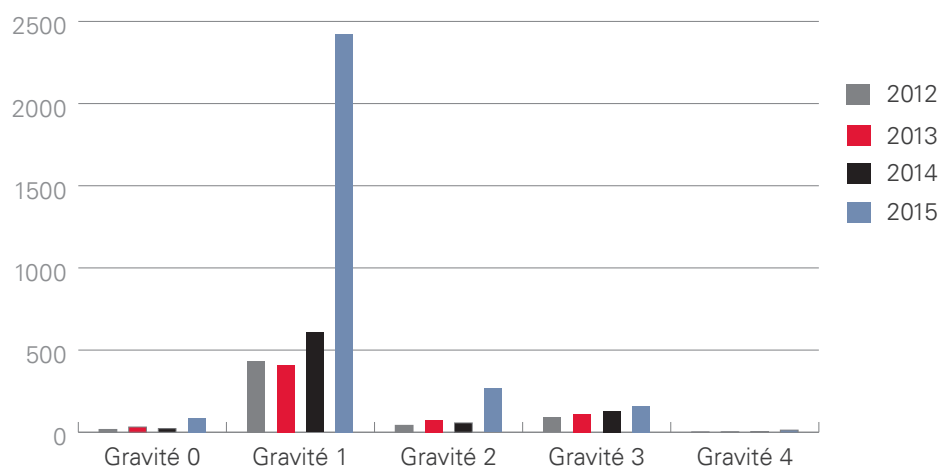
Dans l'ensemble de l'Hôpital du Valais, 3150 incidents ont été déclarés en 2015, toutes gravités confondues.

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.

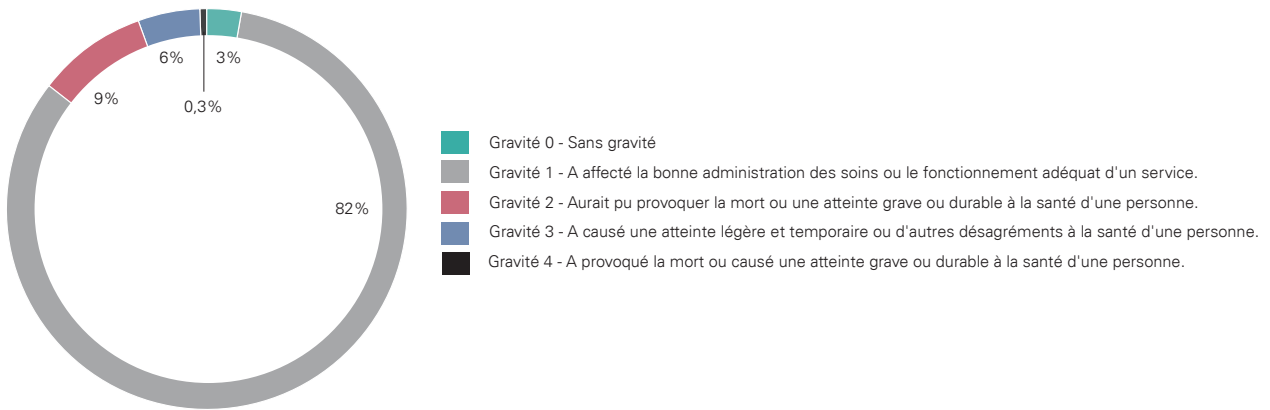
### Répartition du nombre d'incidents déclarés en fonction du degré de gravité sur la période de 2012 à 2015



On constate une importante augmentation du nombre de déclarations d'incident en 2015. Elle est attribuable à la mise à disposition d'un nouvel outil de gestion des

incidents et à la sensibilisation des collaborateurs à cette pratique. Autrement dit, ce sont les déclarations qui augmentent et non le nombre d'incidents.

### Répartition des degrés de gravité des incidents déclarés dans tout l'Hôpital du Valais en 2015



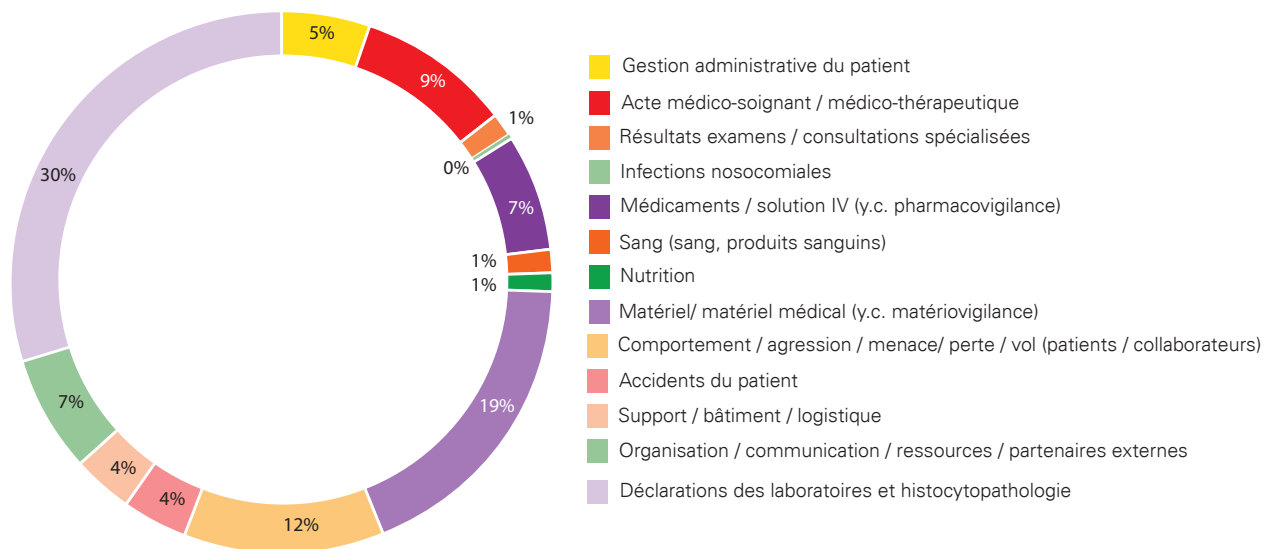
La grande majorité des incidents déclarés était de faible gravité (degré 1).

Dix incidents de degré 4 ont été déclarés en 2015, comptant pour 0,3 % de la totalité des incidents déclarés. Ces incidents étaient tous des événements indésirables pour lesquels il n'y avait pas d'emblée d'indices qu'ils auraient pu être évités. Autrement dit, ce qui a été déclaré est un dommage au patient et non ce qui l'a causé (une erreur ou un dysfonctionnement). Pour 9 de ces événements (le degré de gravité était faux dans un cas), les analyses n'ont

pas identifié de causes évitables ou de dysfonctionnement. Deux de ces événements ont cependant fait l'objet de mesures d'amélioration qui concernaient la communication entre les équipes.

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).

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



Le plus grand nombre de déclarations vient des laboratoires de l'Institut Central des Hôpitaux (ICH). Ces incidents sont déclarés dans le cadre de l'accréditation des laboratoires et 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 des prestations de l'ICH.

Les incidents concernant les médicaments représentent une partie importante des incidents hospitaliers déclarés à l'HVS. Cela n'est pas surprenant, car il est bien établi que ce type d'incidents est fréquent dans les hôpitaux.

Les incidents en rapport avec le comportement et les agressions représentent aussi 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 y a peu d'incidents déclarés en rapport avec les infections nosocomiales, car la détection et le suivi des infections nosocomiales sont déjà intégrés dans des autres systèmes de surveillance (mesures systématiques par le service des maladies infectieuses de l'ICH — rapport sous [www.hopitalvs.ch/rapports](http://www.hopitalvs.ch/rapports) — ainsi que dans le cadre du suivi des infections du site opératoire par Swissnoso qui est un des indicateurs ANQ).

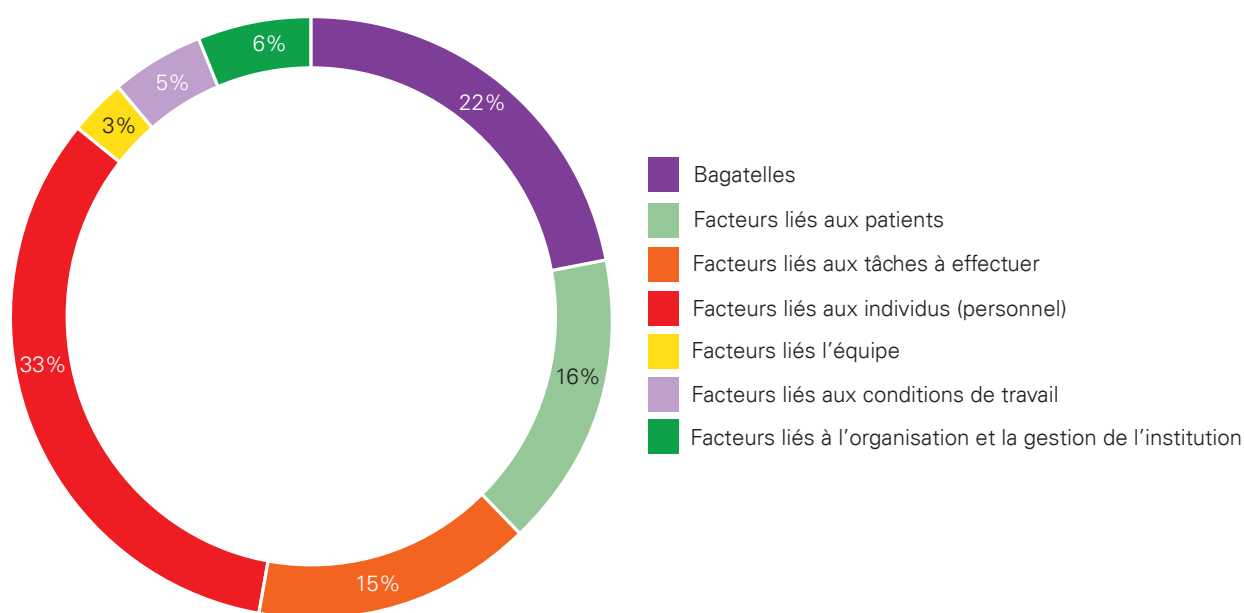
## ANALYSE DES INCIDENTS

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 3150 incidents déclarés, 2650 ont été analysés. Tous les incidents déclarés n'ont pas été analysés, car 586

incidents ont été considérés comme sans gravité (degré de gravité 0) et seule une minorité de ces incidents a été analysée. À noter que seuls 95 incidents ont été initialement classés en gravité 0 par le service qualité et que 491 incidents classés en autre degré de sévérité ont été classés en gravité 0 au moment de l'analyse.

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



La catégorie « Bagatelles » signifie qu'au moment de l'analyse l'incident a été considéré comme sans importance et n'a pas été analysé plus en détail.

### 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 person-

nalité, la langue et les problèmes psychologiques peuvent aussi avoir des conséquences, du fait qu'ils peuvent avoir un impact sur la communication avec le personnel.

Exemples : un patient menace le personnel soignant, problème de langue.

#### Facteurs liés aux tâches à effectuer

L'organisation de la tâche, la disponibilité et l'utilité de protocoles et de résultats d'examens peuvent avoir une influence sur le processus de soins et affecter la qualité de

la prise en charge.

Exemples: problèmes pré-analytiques, analytiques, indisponibilité des rapports ou protocoles.

### **Facteurs liés aux individus (personnel)**

#### **= liés à un collaborateur**

Les connaissances, les compétences et l'expérience de chaque professionnel auront manifestement une influence sur la pratique clinique.

Exemples: inattention, maladresse, oubli, manque de formation ou de connaissance d'un collaborateur.

#### **Facteurs liés à l'équipe**

Chaque membre du personnel fait partie d'une équipe intervenant auprès des patients ou des prestations liées à la prise en charge du patient. La manière de travailler de chacun et son impact sur le patient sont influencés par les autres personnes de l'équipe, la qualité de la communication et le soutien mutuel.

Exemples: manque de communication, mauvaise ambiance, mauvaise collaboration.

#### **Facteurs liés aux conditions de travail**

Ils comprennent l'environnement physique, la disponibilité des équipements et du matériel ainsi que les éléments liés à l'éclairage, à la chaleur, aux interruptions et aux autres distractions subies par le personnel.

Exemples: température des locaux inadéquate, surcharge de travail, locaux inadéquats, limitation d'accès.

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

L'organisation elle-même est affectée par le contexte institutionnel, notamment par les contraintes financières et les organismes de réglementation externes et en plus général, par le climat économique et politique.

Exemples: organisation floue/ambiguë, contraintes financières, manque de directives claires.

### **Facteurs liés au contexte de l'institution**

Exemples: contraintes réglementaires, stratégies contradictoires, problème de financement. Cette catégorie n'a pas été identifiée lors de l'analyse, mais l'a été dans les mesures d'amélioration (cf. graphique sous chapitre mesures d'amélioration prises après analyse structurée).

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

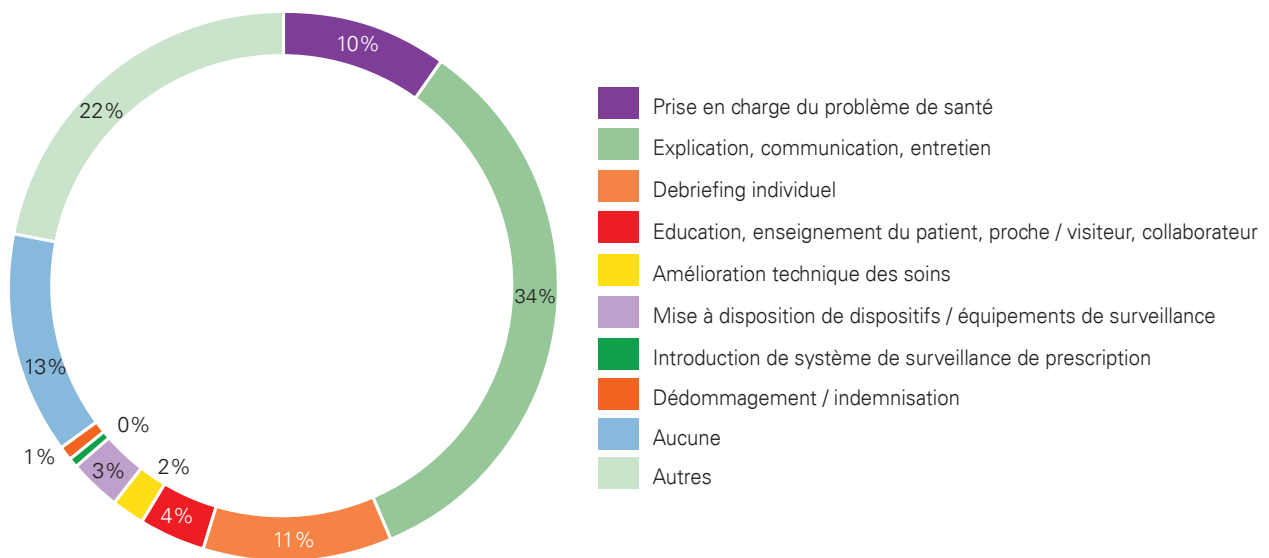
Les analyses ont montré que la majorité des incidents fait intervenir des facteurs liés aux individus (collaborateurs): inattention, manque de formation ou de connaissance et/ou une communication incomplète. Cela ne signifie pas que c'est la cause principale de l'incident, mais que ce facteur y a contribué. Dans ce contexte, il convient de rappeler qu'une importante part des incidents concerne les examens de laboratoires (par exemple: étiquetage, choix des tubes pour le prélèvement...) et que la grande majorité des incidents est de faible degré de gravité (degré 1).

## 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 les 2650 incidents analysés, 2752 mesures ont été prises rapidement et 535 après l'analyse structurée. Le nombre de mesures d'amélioration est su-

périeur au nombre d'incidents analysés, car 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).**



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

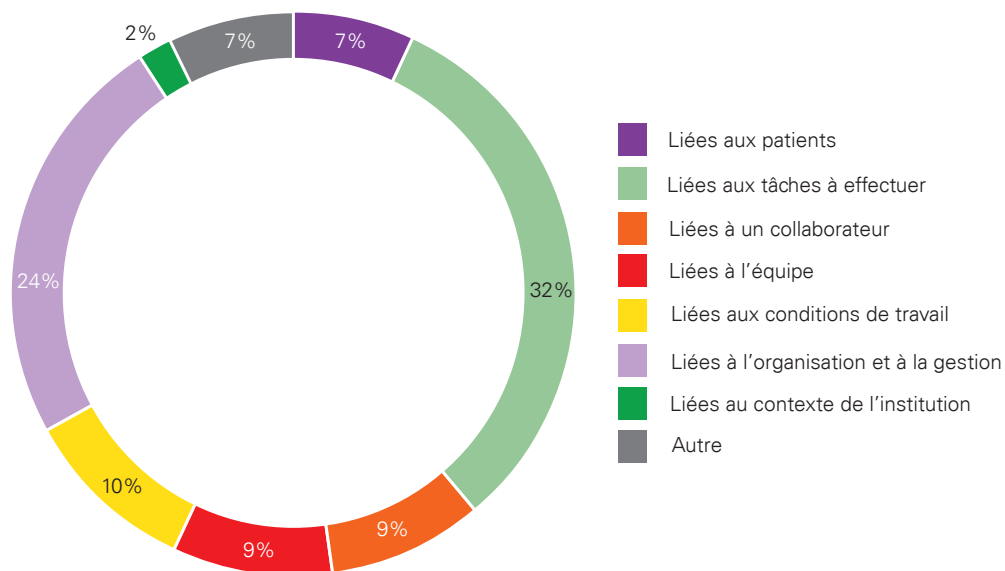
(22 %), leur nature n'a pas pu être incluse dans une des catégories prédéfinies. Une recherche détaillée sur la nature de ces mesures n'a pas été effectuée.

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.

L'analyse première ne conclut pas toujours à la nécessité/possibilité de mettre en œuvre des mesures d'amélioration : dans 13 % des cas, aucune mesure n'a été prise avant l'analyse structurée.

A noter que pour une proportion importante des mesures

### Nature des 535 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 prises avant l'analyse structurée consistent dans 34 % des cas en

explication-communication-entretien et ceci correspond au facteur lié au collaborateur qui est identifié dans 33 % des cas lors de l'analyse structurée.

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).



## DÉLAI DE TRAITEMENT

Le délai de traitement des incidents est défini comme le temps entre la déclaration et l'analyse structurée de l'incident.

**Le tableau ci-dessous montre les délais médian et moyen:**

	Médiane	Moyenne
Délai de traitement des incidents à l'Hôpital du Valais	12 jours	31 jours

Il y a une différence importante entre la médiane et la moyenne, car un nombre significatif d'incidents ne sont analysés de manière structurée que bien après leur déclaration.

Il convient de rappeler ici que la majorité des mesures d'amélioration (2752) sont prises avant l'analyse structurée et que le délai de traitement ne concerne finalement que les 535 mesures supplémentaires prises après l'analyse structurée.

## CONCLUSION

En 2015 le nombre de déclarations d'incidents a nettement augmenté par rapport aux années précédentes. Cela est la conséquence de la mise à disposition de l'outil informatique de gestion des incidents et de la sensibilisation des collaborateurs.

L'outil de gestion informatique permet d'obtenir facilement des renseignements utiles sur le traitement des incidents. Il montre aussi que les déclarations d'incidents débouchent réellement sur des mesures d'amélioration et que ces dernières sont, pour la majorité, mises en œuvre rapidement après l'incident.

L'accroissement du nombre des déclarations et le fait qu'elles engendrent effectivement des mesures mènent à une augmentation des opportunités d'amélioration.

Au-delà des mesures d'amélioration ciblées sur des incidents précis, l'outil permet d'identifier des domaines où il y a davantage d'incidents déclarés : il s'agit notamment des domaines « comportement/agression » et « médicaments ». Des initiatives peuvent ainsi être développées spécifiquement pour ces domaines, par exemple : la formation à la communication non violente dans les services particulièrement concernés et les mesures de sécurisation du circuit médicamenteux.

Une évaluation formelle de l'outil de gestion des incidents auprès des collaborateurs n'a pas encore été réalisée, mais les remarques faites spontanément ont permis d'identifier plusieurs pistes d'amélioration :

- développer la culture de la sécurité, car la culture du blâme est encore bien présente ;
- simplifier l'utilisation de l'outil de gestion des incidents et réserver l'analyse structurée (identification des facteurs contributifs) à des incidents graves, car elle est complexe et prend beaucoup de temps ;
- mieux communiquer au sein de l'institution les incidents susceptibles de concerner plusieurs services ;
- développer un suivi des mesures d'amélioration, car le fait de décrire une mesure d'amélioration avec un délai de mise en œuvre n'est pas la preuve de sa réalisation.

La direction générale de l'HVS a validé une mise à jour de l'outil de gestion des incidents pour 2017. Ce sera l'occasion de remanier le processus afin de répondre aux points susmentionnés.