

## **Enquête CIRS-II 2021**

# **Deuxième enquête sur le système de gestion des incidents des hôpitaux et cliniques du Valais**



**Rapport de la Commission consultative  
cantonale pour la sécurité des patients et  
la qualité des soins (CSPQS)**

**Septembre 2022**

Rapport adressé au Département de la santé, des affaires sociales et de la culture (DSSC) du Valais, aux membres de la CSPQS élargie et aux établissements ayant participé à l'enquête.

## Impressum

© CSPQS, septembre 2022

Reproduction partielle autorisée, sauf à des fins commerciales, si la source est mentionnée.

**Rédaction et analyse** : Julien Sansonnens, secrétaire de la CSPQS, avec le soutien d'Anthony Staines, vice-président de la CSPQS, de Prof. Christoph Gehrlach, président de la commission et du Prof. Arnaud Chiolero de l'Observatoire valaisan de la santé (OVS). Les membres de la CSPQS ont revu et avalisé ce rapport avant diffusion.

**Citation proposée** : Sansonnens J, Commission consultative cantonale pour la sécurité des patients et la qualité des soins (CSPQS). Deuxième enquête sur le système de gestion des incidents des hôpitaux et cliniques du Valais. Sion, septembre 2022

**Disponibilité** : Canton du Valais : <https://www.vs.ch/web/ssp/commissions-et-organes>

**Langue du texte original** : français

Par souci de lisibilité, seule la forme masculine a été utilisée pour la rédaction du présent rapport. Elle fait par analogie indifféremment référence à la femme et à l'homme.



## Résumé

### Contexte

La CSPQS a réalisé une enquête auprès des hôpitaux et cliniques du Valais afin de documenter les méthodes et les outils de gestion des incidents médicaux-hospitaliers. Une première enquête avait été réalisée auprès des mêmes établissements en 2016 et portait sur la politique et les pratiques de gestion des incidents en vigueur durant l'année 2015.

### Méthode

L'enquête a été effectuée en octobre/novembre 2021 auprès des neuf établissements de soins somatiques aigus, de psychiatrie et de réadaptation du canton du Valais. Elle portait sur la politique et les pratiques de gestion des incidents en vigueur entre le 1.1.2021 et le 1.11.2021. Le questionnaire administré en ligne était composé de 30 questions fermées et une question ouverte, la plupart d'entre elles associées au choix des réponses suivant : « oui/non/envisagé pour 2022 » (annexe 1). Il était obligatoire de répondre à toutes les questions.

### Résultats

Les neuf établissements ont répondu dans les délais. Par rapport à la première enquête, on constate une nette évolution dans l'implémentation et la conception des systèmes CIRS, ainsi que dans la gestion des incidents critiques. Ainsi, l'exigence légale imposant la mise en place d'un système de gestion des incidents CIRS est remplie pour tous les établissements. La CSPQS relève que la plupart des établissements ont mis en place des pratiques de gestion des incidents et suivent les recommandations de bonnes pratiques. Néanmoins, certains éléments liés à la gestion des incidents devraient être améliorés.

### Recommandations

Pour rappel, en 2017, sur la base des résultats de la première enquête CIRS, le Département de la santé, des affaires sociales et de la culture (DSSC) avait formulé 6 recommandations aux établissements du Valais. En 2021, 4 de ces recommandations restent partiellement appliquées et la CSPQS propose donc de réitérer celles-ci. Par ailleurs, sur la base des résultats pour l'année 2021, la CSPQS formule 4 recommandations additionnelles. Ainsi, la CSPQS invite le DSSC à faire part des 8 recommandations suivantes aux cliniques et hôpitaux du Valais :

No.	Recommandations de la CSPQS
<b>Recommandations formulées en 2017 et réitérées</b>	
1	S'assurer que des employés formés à l'analyse systémique des incidents soient en poste.
2	S'assurer que, lors de chaque événement indésirable dont la conséquence appelle plus qu'une simple surveillance du patient, celui-ci soit informé.
3	Prévoir, identifier et financer l'activité de déclaration et de gestion des incidents.
4	La direction et le conseil d'administration se tiennent au courant des enjeux de qualité/sécurité des soins, des événements indésirables et des risques. Ces organes s'assurent d'une gestion adéquate de ces sujets.
<b>Nouvelles recommandations</b>	
5	Sensibiliser, voire former tous les cadres supérieurs et la direction à la réaction non punitive à l'erreur (just culture) et à l'organisation du soutien aux deuxièmes victimes.
6	Sensibiliser, voire former le conseil d'administration à son rôle en matière de qualité des soins et de sécurité des patients.
7	Définir des lignes directrices précisant quand des sanctions sont possibles à la suite d'un incident et quand elles sont à éviter.
8	Traiter systématiquement les notifications d'événements graves et les faire suivre d'analyses à l'aide d'une méthode rigoureuse, telle que le <i>London protocol</i> ou la <i>ACCIMap</i>



La CSPQS est à disposition du DSSC pour formuler ces recommandations aux cliniques et hôpitaux du Valais et assurer leur suivi.

## 1. Contexte

Afin de documenter les méthodes et les outils de gestion des incidents médicaux-hospitaliers, la CSPQS a décidé de réaliser une nouvelle enquête auprès des hôpitaux et cliniques du Valais. Une première enquête avait été réalisée auprès des mêmes établissements en 2016 et portait sur la politique et les pratiques de gestion des incidents en vigueur durant l'année 2015 (Enquête CIRS 1<sup>1</sup>). Le but de cette nouvelle enquête est d'obtenir un aperçu de la manière dont les incidents médicaux-hospitaliers et les erreurs sont gérés par les établissements sanitaires. La CSPQS souhaite également évaluer les changements et évolutions ayant eu lieu en six ans dans le domaine de la gestion des incidents.

Cette enquête se fonde sur la Loi sur la santé, qui précise à l'article 44 que « Chaque institution sanitaire met en place un système de qualité des soins comprenant une procédure de déclaration obligatoire des incidents et de leur gestion. Chaque collaborateur d'une institution sanitaire est tenu de respecter la procédure de déclaration et de gestion des incidents. Son immunité disciplinaire est garantie en cas d'incident mineur. Les institutions sanitaires informent le public sur leur système qualité et indicateurs y relatifs<sup>2</sup> ».

Le service de la santé publique (SSP) a été informé en juillet 2021 du lancement de cette enquête.

## 2. Etablissements participants

L'enquête a été effectuée auprès des établissements de soins somatiques aigus, de psychiatrie et de réadaptation du canton du Valais précisés ci-dessous :

### Soins somatiques aigus et psychiatrie :

- o Hôpital du Valais
- o Hôpital Riviera-Chablais Vaud-Valais
- o Clinique CIC Saxon
- o Clinique de Valère

### Réadaptation :

- o Clinique bernoise de Montana
- o Clinique genevoise de Montana
- o Clinique lucernoise de Montana
- o CRR SuvaCare
- o Rehazentrum Leukerbad

En vertu de la Loi sur la santé Art. 44 al. 2, la participation à cette enquête était obligatoire. Les établissements ont disposé d'un délai de 4 semaines (du 26 octobre au 26 novembre 2021) pour participer. Au total, neuf établissements étaient invités à répondre au questionnaire. Les réponses de ces neuf établissements ont été reçues dans les délais et sont reportées dans le présent rapport.

## 3. Forme et contenu du questionnaire

Le questionnaire (annexe 1) a porté sur la politique et les pratiques de gestion des incidents en vigueur entre le 1.1.2021 et le 1.11.2021. Il était composé de 30 questions fermées et une question ouverte, la plupart d'entre elles associées au choix de réponses suivant : « oui/non/envisagé pour 2022 ». Il était obligatoire de répondre à toutes les questions. Pour

<sup>1</sup> J.Sansonens et al, Questionnaire sur le système de gestion des incidents (CIRS) Résultats et commentaires, CSPQS, 2 novembre 2016, Sion. Disponible sur : <https://www.vs.ch/web/ssp/cspqs>

<sup>2</sup> Loi sur la santé du 12.3.2020, disponible sur : [https://lex.vs.ch/app/fr/texts\\_of\\_law/800.1](https://lex.vs.ch/app/fr/texts_of_law/800.1)



chaque question, une zone de texte libre « remarques éventuelles » était proposée. Les questions ont été rédigées sur la base des bonnes pratiques reconnues internationalement.

Les questions pour lesquelles les résultats du questionnaire CIRS 1 de 2015 laissaient entrevoir une marge d'amélioration ont été reprises dans la présente enquête, afin de permettre une comparaison après 6 années. Les questions du questionnaire CIRS 1 de 2015 pour lesquelles les réponses de tous les établissements étaient satisfaisantes, c'est-à-dire conformes aux recommandations de bonnes pratiques, n'ont généralement pas été reprises.

#### 4. Administration du questionnaire

L'enquête a été administrée par internet, via une plateforme web sécurisée. Le logiciel utilisé était « LimeSurvey », un logiciel open-source reconnu et éprouvé. Le serveur web était situé en Suisse, et l'accès était fait obligatoirement à l'aide du protocole HTTPS, offrant un cryptage des données entre le serveur et l'ordinateur des participants. Chaque établissement participant a reçu un lien lui permettant de répondre au questionnaire. Un rappel a été adressé aux établissements n'ayant pas répondu dans les délais.

#### 5. Traitement des données et analyses

Les analyses ont été effectuées par la CSPQS, avec le soutien de l'OVS, sur la base de données pseudonymisées<sup>3</sup>. Afin de permettre une mise en correspondance des réponses fournies entre 2015 et 2021, chaque établissement s'est vu attribuer un code aléatoire et identique pour l'enquête CIRS 1 et l'enquête CIRS 2. La CSPQS est propriétaire des données et a seule accès aux données nominales de chaque établissement. Les données brutes sont conservées par le président de la CSPQS, et l'OVS ne dispose pas d'une copie de celles-ci.

Au vu du petit nombre d'hôpitaux et cliniques en Valais, l'objectif du présent rapport est moins d'obtenir des résultats quantitatifs que de mettre en évidence d'éventuelles lacunes, améliorations ou péjorations en matière de gestion des incidents médicaux-hospitaliers en 2021, en comparaison avec 2015.

Pour chaque question, les commentaires éventuels des établissements ont été rapportés tels quels, sans modification d'orthographe ou de syntaxe mais uniquement lorsqu'ils présentaient un intérêt significatif dans le cadre de l'enquête, ou qu'ils n'enfreignaient pas l'anonymat des participants (le cas échéant, les commentaires ont été anonymisés).

#### 6. Recommandations de la CSPQS suite à l'enquête CIRS 1 de 2015

Dans son rapport de décembre 2016 adressé à Mme Esther Waeber Kalbermatten, Conseillère d'Etat en charge de la santé, des affaires sociales et de la culture (DSSC), la CSPQS a émis 7 recommandations :

No.	Avis de la CSPQS
A1	Les établissements devraient ouvrir le CIRS à tous les collaborateurs de l'institution.
A2	Les établissements devraient s'assurer que des employés formés à l'analyse systémique (formation reconnue et formalisée) soient en poste. La CSPQS se tient à disposition pour fournir des références en matière de formations.

<sup>3</sup> Un code a été attribué à chaque établissement, puis les données permettant d'identifier ceux-ci (dénomination, nom du responsable qualité, etc.) ont été supprimés. La table de correspondance permettant de remonter à la dénomination des établissements est conservée par le président de la CSPQS.

A3	Les directions d'établissement devraient prévoir, identifier et financer cette activité, notamment par du temps de travail protégé.
A4	La totalité des établissements devrait respecter l'art. 43 de la Loi sur la santé concernant la définition des incidents médico-hospitaliers. La CSPQS recommande aux établissements ayant connu un événement grave sans l'annoncer d'effectuer l'annonce, comme prévu par l'art. 43.
A5	Chaque établissement devrait s'assurer que lors de chaque événement indésirable, le patient concerné soit informé, en application du cadre proposé par la Fondation sécurité des patients Suisse (qui fait l'annonce, dans quel délai, etc.).
A6	Les directions d'établissements devraient faire régulièrement le point sur la problématique de la qualité des soins.
A7	Les Conseils d'administration des établissements (ou tout organe remplissant cette fonction) devraient faire régulièrement le point sur la problématique de la qualité des soins.

A la suite de ces recommandations, le DSSC a adressé en février 2017 un courrier aux directions des hôpitaux et cliniques, leur préconisant les points suivants :

1. *Ouvrir le CIRS à tous les collaborateurs*
2. *S'assurer que des employés formés à l'analyse systémique soient en poste ;*
3. *Respecter l'article 43 de la loi sur la santé concernant les incidents médicaux-hospitaliers ;*
4. *S'assurer que, lors de chaque événement indésirable, le patient concerné soit informé ;*

*En outre, les directions devraient :*

5. *Prévoir, identifier et financer cette activité ;*
6. *Effectuer régulièrement un point de situation sur la problématique de la qualité des soins.*

Dans cette même lettre, Mme la Conseillère d'Etat annonçait également qu'un état des lieux basé sur l'année 2017 devra être transmis par les établissements au DSSC durant l'année 2018, le SSP définissant les points qui devront apparaître dans ce document. A notre connaissance, cette demande n'a pas été concrétisée par le DSSC.

## 7. Résultats avec commentaires

Les résultats agrégés des 31 questions du questionnaire sont présentés ci-dessous, généralement accompagnés d'un bref commentaire de la CSPQS. Les commentaires à portée plus générale de la CSPQS figurent au chapitre 8.

Lorsque cela a été possible, les résultats de l'enquête CIRS 1 effectuée sur les résultats de l'année 2015 ont été reportés en regard des résultats de l'année 2021. Dans la mesure où l'intitulé de la question a fréquemment été modifié entre 2015 et 2021, les comparaisons doivent être effectuées avec une certaine prudence.

### Question 1 : Le système de déclaration des incidents est à disposition de tous les collaborateurs

*Question pour 2015 : Le système est accessible à tous les collaborateurs de l'institution:*

N	%	N (2015)
---	---	-------------



Oui	9	100	8
Non	0	0	0
Certains collaborateurs (préciser lesquels sous "commentaires")	0	0	1
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>		<b>9</b>

**Commentaires de certains établissements :**

- « Nous distinguons les messages qualité permettant d'améliorer l'organisation (il ne s'agit par forcément d'incidents) des incidents avec un patient permettant d'améliorer la sécurité des soins. Durant la période sous revue, nous avons enregistré 180 messages qualité liés à l'organisation et 120 incidents en lien avec la sécurité des patients. »

**Avis de la CSPQS :** La CSPQS salue le fait que désormais, le système CIRS soit accessible à tous les collaborateurs au sein de chaque institution.

**Question 2a : Le volume annuel d'incidents déclarés est de : (arrondi possible) - incidents cliniques**

Le volume annuel d'incidents cliniques rapporté par les établissements est compris entre 0 et 1560 (moyenne=228 ; médiane = 37). Un établissement n'a pas rapporté de nombre, n'étant pas au clair sur la définition d'un incident clinique.

**Commentaires de certains établissements :**

- « Quelle est la définition d'un incident clinique ? Est-ce uniquement quand il y a une conséquence sur la santé du patient ? Est-ce chaque fois qu'un patient est concerné (donc y compris near miss) ? »

**Question 2b : Le volume annuel d'incidents déclarés est de : (arrondi possible) - incidents non cliniques**

Le volume annuel d'incidents cliniques rapporté par les établissements est compris entre 0 et 440 (moyenne = 81 ; médiane=15). Un établissement n'a pas rapporté de nombre, n'étant pas au clair sur la définition d'un incident clinique. Une autre réponse est manquante.

**Avis de la CSPQS :** La CSPQS encourage la culture de la déclaration : un important volume d'incidents déclarés témoigne moins d'un problème potentiel de qualité de soins que d'une culture souhaitable d'apprentissage à partir de l'erreur.

**Question 3 : Une taxonomie reconnue est utilisée pour la classification des incidents :**

	N	%
Classification internationale pour la sécurité des patients (OMS)	3	33
IPSEC	1	11
Generic Occurrence Classification / Generic Reference Model	0	0
Autre (préciser laquelle sous "commentaires")	1	11
Non	4	44
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>	

**Commentaires de certains établissements :**

- « Les annonces sont catégorisés selon 3 catégories: - médicaments – organisation - infrastructures et techniques. »
- « Les incidents sont classés selon notre propre classification basée sur notre expérience. On a une classification autre où l'on met des incidents qui sont en fait plus



d'ordre administratif (par ex un dossier patient incomplet à l'arrivée qui complique la prise en charge). »

**Avis de la CSPQS :** Quatre établissements n'utilisent pas de taxonomie reconnue pour la classification des incidents. La CSPQS recommande l'utilisation de la classification internationale pour la sécurité des patients (OMS)<sup>4</sup>.

**Question 4 : Le système de notification de votre établissement est :**

	N	%
Manuel (papier)	0	0
Electronique	9	100
Manuel (papier) & électronique	0	0
TOTAL	9	

**Commentaires de certains établissements :**

- « La déclaration d'un incident est faite depuis le dossier patient informatisé. »

**Avis de la CSPQS :** Pas de commentaire.

**Question 5 : Il est possible, dans votre système, de notifier un incident en obtenant une garantie de confidentialité (pas de transmission du nom du déclarant à la hiérarchie) :**

	N	%
Oui pour tout incident	6	67
Oui, sauf pour les événements graves	2	22
Oui, sauf pour les événements délictueux	0	0
Non, la confidentialité ne peut pas être garantie	1	11
TOTAL	9	

**Commentaires de certains établissements :**

- « Si l'anonymat est choisi par l'annonceur, nous n'avons aucune possibilité de remonter au déclarant. »
- « es ist nur 1 Person für die Bearbeitung der CIRS Meldungen zuständig »
- « le programme SEGI le permet mais notre directive institutionnelle ne l'encourage pas pour les EIG. »

**Avis de la CSPQS :** La CSPQS encourage les établissements à permettre la notification d'incidents avec garantie de confidentialité, en admettant une exception pour les événements graves et/ou délictueux.

**Question 6 : Il est possible, dans votre système, de notifier un incident de façon anonyme (aucune traçabilité possible du déclarant par son nom ou son login) :**

	N	%
Oui pour tout incident	5	56
Oui, sauf pour les événements graves	2	22
Oui, sauf pour les événements délictueux	0	0
Non, l'anonymat ne peut pas être garanti	2	22
TOTAL	9	

**Commentaires de certains établissements :**

<sup>4</sup> The conceptual framework for the international classification for patient safety, World Health Organization & WHO Patient Safety. (2010), disponible en ligne : [The conceptual framework for the international classification for patient safety \(who.int\)](http://www.who.int/patient-safety/framework/)

- « Si l'anonymat est choisi par l'annonceur, nous n'avons aucune possibilité de remonter au déclarant. »
- « le programme SEGI le permet mais notre directive institutionnelle ne l'encourage pas pour les EIG. »

**Avis de la CSPQS :** La CSPQS encourage la possibilité de déclaration anonyme, en admettant une exception pour les événements graves et/ou délictueux.

**Question 7 : La part des notifications reçues de façon anonyme est de :**

	N	%
0%-10%	4	44
11%-50%	1	11
51%-90%	1	11
91%-100%	3	33
TOTAL	9	

**Commentaires de certains établissements :**

- « L'anonymat est très peu utilisé au sein de la clinique (5% des annonces) »

**Avis de la CSPQS :** Pas de commentaire.

**Question 8 : Si les personnes chargées de gérer l'incident sont amenées à changer la classification de l'incident (par exemple pour le qualifier de grave alors qu'il était déclaré comme non-grave), le déclarant en est averti (s'il est connu):**

	N	%
Oui toujours	4	44
Oui en général	2	22
Oui parfois	0	0
Non	3	33
Envisagé pour l'année 2022	0	0
TOTAL	9	

**Commentaires de certains établissements :**

- « information non-saisie »
- « Oui, mais il ne reçoit pas spécifiquement l'information concernant le changement de degré, mais il reçoit systématiquement un mail d'information quand l'incident est clôturé (donc après l'analyse) : il a alors accès à tout l'incident (y compris le degré de gravité), son analyse, les mesures proposées. »
- « Les annonceurs ne se prononcent pas sur la gravité de l'incident et si celui-ci est classé comme grave, la personne qui annonce est informée. Pas de cas ces dernières années. »
- « Umklassifizierungen werden nicht gemacht »
- « l'inverse, des incidents déclarés comme événement indésirable grave sont enregistrés après renseignement comme incident par le dispatcher. Un grave incident n'étant pas systématiquement un EIG. »

**Avis de la CSPQS :** Pas de commentaire.

**Question 9 : Les nouveaux collaborateurs sont systématiquement formés au fonctionnement du CIRIS :**

	N	%
Oui toujours	4	44
Oui en général	5	56
Oui parfois	0	0



Non	0	0
Envisagé pour l'année 2022	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>	

**Commentaires de certains établissements :**

- « En général la formation se fait par 2 voies différentes: - lors de la formations obligatoires des nouveau collaborateurs - lors de l'introduction dans le service »
- « Dès la journée d'introduction, les nouveaux collaborateurs sont formés à l'annonce sur PC. »
- « Une formation e-learning gestion des incidents est à disposition mais son taux de participation n'est pas relayé à l'unité SPQC. »

**Avis de la CSPQS :** La CSPQS recommande que chaque nouveau collaborateur soit systématiquement formé au fonctionnement du CIRS et à la culture de l'erreur à l'hôpital .

**Question 10 : La part des cadres supérieurs (niveau n -1) et de la direction (niveau n) qui sont formés (formation d'au moins 2 heures) à la réaction non-punitiv à l'erreur (just culture) est de :**

	N	%
0%-25%	6	67
26%-50%	0	0
51%-75%	0	0
76%-100%	3	33
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>	

**Commentaires de certains établissements :**

- « Formé = informé et sensibilisé dans le cadre des séances management du groupe XXX »
- « prévue mais retardée à cause de Covid »
- « La formations des cadres CIRS / Just culture est prévus lors des formations instituilnelles des cadres à partir de 2022 »
- « Nous avons renoncé à donner la formation de la Fondation pour la sécurité des patients à tous nos cadres en raison du coût de cette formation. S'agissant de promouvoir des bonnes pratiques, nous sommes d'avis que ces formations devraient être moins chères ou faire l'objet d'un soutien. Par contre, nous avons formalisé ce que nous attendons en terme de just culture que nous promovons. »

**Avis de la CSPQS :** La commission préconise une formation sur la « just culture » pour les cadres supérieurs et la direction.

**Question 11 : La part des cadres supérieurs (niveau n -1) et de la direction (niveau n) qui sont formés (formation d'au moins 2 heures) à l'organisation du soutien aux deuxièmes victimes (second victims) est de :**

	N	%
0%-25%	8	89
26%-50%	1	11
51%-75%	0	0
76%-100%	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>	

**Commentaires de certains établissements :**

- « pour une petite structure comme la clinique de [XXXX], cela fait partie de la responsabilité intrinsèque de la direction et des responsables de service »



- « pas connue dans l'établissement à voir avec Service Qualité [YYY] »
- « La formations concernant l'organisation des soutiens est prévus lors des formations institutionnelles des cadres à partir de 2022 »
- « Ce volet reste au niveau de la direction en l'état. »
- « wird nicht geschult »

**Avis de la CSPQS :** La CSPQS préconise une formation à l'organisation du soutien aux deuxièmes victimes pour les cadres supérieurs et la direction.

**Question 12 : La part des membres du Conseil d'administration (ou autre dénomination d'organe envers lequel la direction générale rapporte) ayant suivi une formation relative à leur rôle en matière de qualité/sécurité des soins est de :**

	N	%
0%-25%	7	78
26%-50%	1	11
51%-75%	0	0
76%-100%	1	11
TOTAL	9	

**Commentaires de certains établissements :**

- « le vice-président du conseil d'administration de [XXX] est un médecin. 3 médecins sur 10 membre du conseil d'administration sont des médecins. »
- « Pas clair ce qu'est une formation sur leur rôle en matière de qualité. Mais la CA a une commission permanente pour a qualité des soins qui se réunit 2-3x/an avec les coordinateurs qualité. »
- « Le conseil de fondations est constitué de 6 personnes dont 4 médecin et une avocate. »
- « Notre CA a une gestion de la sécurité intégrale de la clinique avec remontée des incidents graves que ce soit au niveau de la sécurité du personnel, de la sécurité des infrastructures, de la sécurité informatique et protection des données ainsi que de la sécurité des patients en liens avec les risques médicaux »
- Verwaltungsrat ist erst seit 1.7.2021 aktiv, sie sind noch nicht geschult
- « Depuis 2020, [YYY] a un nouveau conseil d'établissement. Les anciens membres sont formés. La majorité des nouveaux membres n'a pas suivi de formation interne. »

**Avis de la CSPQS :** La CSPQS préconise une formation pour les membres du Conseil d'administration relative à leur rôle en matière de qualité/sécurité des soins.

**Question 13 : Un retour aux collaborateurs des résultats des analyses d'incidents est organisé :**

*Question pour 2015 : Ce système inclut un retour systématique d'information au notifiant et aux personnes concernées, concernant les suites données à la notification:*

	N	%	N (2015)
Oui toujours	5	56	0
Oui en général	3	33	0
Oui parfois	1	11	0
Oui	0	0	9
Non	0	0	0
Envisagé pour 2022/2016	0	0	0
TOTAL	9		9

**Commentaires de certains établissements :**

- « Seulement des incidents déclarés par eux-mêmes. »
- « retours annuels par le rapport publié sur notre système qualité »
- « un retour est systématique aux chefs de secteur et régulièrement aux collaborateurs »
- « Le rapport annuel sur la sécurité des patients est accessible à tous les collaborateurs sur intranet. Le médecin cadre du patient concerné reçoit une copie des incidents signalés pour ses patients. Il gère le premier niveau d'intervention avec son équipe. Le groupe d'analyse des incidents se réunit deux fois par an et décident des mesures organisationnelles d'amélioration de la sécurité des patient en se basant sur l'ensemble des incidents signalés. »
- « Jährlicher Schulung und Bericht der durchgeführten Aktivitäten »
- « le retour se fait au travers du système électronique de gestion des incidents (SEGI). Dans certains services, le retour est fait via un colloque M&M. »

**Avis de la CSPQS :** la CSPQS recommande qu'un retour aux collaborateurs des résultats des analyses d'incidents et des mesures qui en découlent soit régulièrement organisé.

**Question 14 : Selon vous, l'utilité du système CIRS est de:**

(réponse sous forme de texte libre)

1. « L'utilisation du système CIRS s'inscrit dans la volonté institutionnelle de gestion des risques et de l'amélioration de la qualité et de la sécurité. Elle s'appuie sur la culture de l'erreur pour prévenir et éviter les mêmes dans l'avenir.  
La gestion des incidents critiques (IC) poursuit prioritairement un but pédagogique. Il s'agit d'apprendre au travers des événements signalés afin de combler les lacunes relevées ou de pallier les dysfonctionnements. »  
L'analyse des IC permet de mettre en lumière les facteurs contributifs qui ont pu faciliter leur survenue et permet d'identifier les mesures possibles en termes d'amélioration de la sécurité et des processus. »
2. « Améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients. Si le système CIRS est pris dans un sens plus large, c'est aussi de soutenir les premières et deuxième victimes et de promouvoir la culture sécurité. »
3. « permettre de détecter des potentiels d'amélioration sur la base d'incident. de contribuer à l'analyse de risque du département et de l'institution. »
4. « amélioration de la sécurité du patient en continu par des annonces anonymes »
5. « Essentiel , afin de permettre une culture d'entreprise du droit à l'erreur , de définir des standards de qualité , établir des statistiques, savoir ou cibler les formations, soutien aux collaborateurs »
6. "Nous voulons annoncer et traiter chaque incident pour : - Améliorer nos pratiques organisationnelles et professionnelles - Prévenir les incidents graves - Communiquer correctement en cas d'erreur »
7. « Optimierung der Arbeitsabläufe zur Verhinderung von Zwischenfällen »
8. « déclarer les évènements indésirables, faire des propositions d'amélioration, éviter que les mêmes erreurs se reproduisent »
9. « est un outil d'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des patients.. Il permet d'identifier les disfonctionnements et de mettre en place des mesures d'amélioration ( amélioration continue de la qualité). Il est le fondement d'un travail d'équipe performant. Chaque situation anormale est relayée aux collègues, renforcent ainsi le monitoring de situation. Il permet de mettre en place une cartographie des risques en associant la déclaration d'incidents aux processus de soins. »



**Avis de la CSPQS** : Pas de commentaire.

**Question 15 : Des lignes directrices définissant quand des sanctions sont possibles à la suite d'un incident et quand elles sont à éviter sont définies :**

*Question pour 2015 : Des lignes directrices définissant quand des sanctions sont possibles à la suite d'un incident et quand elles sont à éviter sont définies:*

	N	%	N (2015)
Oui	4	44	2
Non	3	33	5
Envisagé pour 2022/2016	2	22	2
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>		<b>9</b>

**Commentaires de certains établissements :**

- « dans les conditions cadres de travail des employés »
- « L'arbre décisionnel aide à déterminer s'il convient de sanctionner un collaborateur suite à un incident. Il se fonde sur le modèle conçu par James Reason. »
- « les ICS, les Médecins chefs de service et les membres de la direction générale sont formés à l'arbre décisionnel de Reason. »

**Avis de la CSPQS** : La commission recommande la mise en oeuvre de lignes directrices institutionnelles basées sur l'arbre décisionnel de Reason<sup>5</sup>.

**Question 16 : Un récapitulatif annuel des signalements ou rapports d'incidents est transmis à tous les services :**

*Question pour 2015 : Un récapitulatif annuel des signalements ou rapports d'incidents est établi et transmis à tous les services:*

	N	%	N (2015)
Oui toujours	5	56	0
Oui en général	2	22	0
Oui parfois	0	0	0
Oui	0	0	4
Non	0	0	3
Envisagé pour 2022/2016	2	22	2
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>		<b>9</b>

**Commentaires de certains établissements :**

- « en tout cas au niveau du département et rapport [XXX] par le SQS
- « Le rapport est en libre accès dans le système de qualité, ceci pour tous les collaborateurs. Le rapport est également envoyée aux cadres dans le protocole des séance du comité de direction. »
- « Disponible sur intranet »
- « Chaque service possède un programme Tableau permettant de visualiser de manière confidentielle, les incidents, leur taxonomie et leur traitement. Un tableau spécifique aux répondants qualité et sécurité des soins du service clinique permet de hiérarchiser le traitement des incidents. »

**Avis de la CSPQS** : Pas de commentaire.

<sup>5</sup> <http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/DecisionTreeforUnsafeActsCulpability.aspx>

**Question 17 : Les notifications d'événements graves sont systématiquement traitées et suivies d'analyses (par « systématiquement », il faut comprendre qu'une méthode telle que le « London Protocol » est utilisée, avec la rigueur que cela implique) :**

*Question pour 2015 : Les notifications sont systématiquement traitées et suivies d'analyses:*

	N	%	N (2015)
Oui	4	44	8
Non	4	44	0
Envisagé pour 2022	1	11	1
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>		<b>9</b>

**Commentaires de certains établissements :**

- « il existe une cellule pour les EIG qui les classe et peut les attribuer à un groupe d'enquête et analyse. »
- « Nous utilisons la méthode du London Protocol pour les incidents qui recèlent un fort potentiel d'amélioration. On essaie de mener deux ou trois analyses de ce type par an. On a du personnel formé et on a fait d'excellentes expériences avec cette méthode mais les analyses de causes type ERA prennent beaucoup de temps et on pratique de manière très sélective dans ce domaine. Pas de place dans le commentaire de la question 18. Des personnes participent à la gestion des incidents dans le cadre de leur fonction sans que ce soit budgété (par ex les personnes qui font partie du groupe d'analyse des incidents, les chefs de service et les cadres des soins) »
- « wir haben keine schweren Zwischenfälle, Situativ würden diese aber besprochen werden. »
- « Lors d'un EIG, sous mandat de la direction, une équipe d'analyse systémique est créée formée d'un membre de l'unité SPQC garant de la méthodologie du London Protocol et des ReSQS du service garant de l'expertise métier ( médico-soignant). »

**Avis de la CSPQS :** La CSPQS recommande que les notifications d'événements graves soient systématiquement traitées et suivies d'analyses à l'aide d'une méthode éprouvée, telle que le London Protocol ou la ACCIMap.

**Question 18 : Au sein de votre organisation, combien d'EPT (équivalents plein temps) budgétés sont dévolus à la gestion des incidents :**

*Question pour 2015 : Au sein de votre hôpital/clinique, le nombre suivant d'EPT (équivalents plein temps) budgétés sont dévolus à la gestion des incidents :*

2021	N	%	2015	N	%
0	3	33	0	2	22
0.1	2	22	0.15	1	11
0.25	1	11	0.45	1	11
0.3	1	11	0.5	1	11
0.6	1	11	0.6	1	11
3.2	1	11	2.6	1	11
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>		Valeur manquante	2	22
			<b>TOTAL</b>	<b>9</b>	

**Commentaires de certains établissements :**

**Avis de la CSPQS :** Pas de commentaire.

**Question 19 : Du temps protégé est-il affecté à l'analyse et au suivi des incidents ?**

	N	%
Oui	5	56
Non	4	44
Envisagé pour 2022	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>	

**Commentaires de certains établissements :**

- « pas de temps dédié mais le temps accordé est continu »
- « Que veut dire temps protégé ? Il y a des groupes d'analyses d'incident qui ont un temps dédié et il y a des chefs de service qui le font quand ils ont le temps. D'une manière générale, les collaborateurs s'organisent pour le faire dans leur temps de travail. »
- « oui 30% pour administrateur du groupe et 5% pour les membres »
- « une séance de deux heures tous les trois mois à 4 personnes »
- « Directeur médical et coordinateur sécurité des patients (rencontre hebdomadaire) Coordinateur sécurité et assistante pour gestion administrative Le travail de gestion des incidents sur le terrain fait partie des descriptions de fonction de tous les chefs de service »
- « les membres des vigilances ( pharmacovigilance, matériovigilance ...) analysent les incidents sans dotation particulière. »

**Avis de la CSPQS :** La CSPQS recommande que du "temps protégé" soit alloué à l'analyse des incidents, à l'élaboration et à la mise en œuvre éventuelle de mesures, ainsi qu'à l'évaluation de l'efficacité des mesures.

**Question 20 : Disposez-vous d'un système de suivi des signalements permettant d'identifier à quel stade ceux-ci se trouvent (en analyse, clos, etc.) ?**

	N	%
Oui	7	78
Non	2	22
Envisagé pour 2022	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>	

**Commentaires de certains établissements :**

- « Enregistrement dans un fichier excel »

**Avis de la CSPQS :** Pas de commentaire.

**Question 21 : Une directive interne est définie, précisant quand et à qui les événements graves sont annoncés :**

	N	%
Oui	6	67
Non	2	22
Envisagé pour 2022	1	11
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>	

**Commentaires de certains établissements :**

- « Il existe une directive institutionnelle concernant les incidents (obligation annonce et déroulement du flux), mais pas de précision sur les incidents graves. »
- « Le lien et la directive sont tous deux intégrés dans le système de qualité »
- « Alle Zwischenfälle werden im gleichen System erfasst. »



- « une directive institutionnelle sur la gestion des incidents et une autre sur l'annonce d'un événement indésirable au patient »

**Avis de la CSPQS :** La CSPQS recommande qu'une directive interne soit définie, précisant quand et à qui les événements graves sont annoncés.

**Question 22a : Combien d'heures ou de réunions la direction consacre-t-elle par année à la question de la qualité des soins : [Nb d'heures]**

*Question pour 2015 : La direction consacre tant d'heures ou de réunions par années à la question de la qualité des soins [Nb heures] :*

En 2021, les établissements rapportent que leur direction consacre entre 0 et 100 heures (moyenne=20 ; médiane=10) par année à la question de la qualité des soins. Un établissement rapporte que le temps consacré est « non évaluable ».

En 2015, ceux-ci rapportaient que leur direction consacrait entre 5 et 50 heures (moyenne=30 ; médiane = 33) par année à la question de la qualité des soins.

**Commentaires de certains établissements :**

- « 1h par semaine pour une séance en bilatérale avec la responsable qualité et plus si besoin . Thème repris lors de la séance mensuelle avec tous les cadres. »
- « En plus des séances susmentionnées, les direction de centre ont aussi des séances avec leur manager qualité de centre. »
- « Minimum »
- « Huddle du comité de direction chaque semaine et comitös de direction 8 à 10 fois l'an »
- « Réunions entre direction générale et coordinatrice ANQ »
- « Nous n'avons pas signalé les séances en bilatérales direction-chefs de service et direction-experts sécurité des patients internes comme inf PCI, pharmaciennes,...Une séance hebdomadaire direction-coordonateur sécurité des patients »
- « wird situativ gemacht »
- « quelques minutes dans la séance hebdomadaire de Direction sont toujours dédiées »
- « cette année est particulière du fait du changement de directeur en juin 2021. »

**Avis de la CSPQS :** Pas de commentaire.

**Question 22b : Combien d'heures ou de réunions la direction consacre-t-elle par année à la question de la qualité des soins : [Nb de réunions]**

*Question pour 2015 : La direction consacre tant d'heures ou de réunions par années à la question de la qualité des soins [Nb réunions] :*

En 2021, les établissements rapportent que leur direction consacre entre 2 et 52 réunions (moyenne=25 ; médiane=12) par année à la question de la qualité des soins.

En 2015, ceux-ci rapportaient que leur direction consacrait entre 1 et 47 réunions (moyenne=10 ; médiane = 6) par année à la question de la qualité des soins.

**Commentaires de certains établissements :**

*Cf. ci-dessus question 22a*

**Avis de la CSPQS :** Pas de commentaire.



**Question 23a : Combien d'heures ou de réunions le conseil d'administration consacre-t-il par année à la question de la qualité des soins : [Nb d'heures :]**

*Question pour 2015 : Le conseil d'administration consacre tant d'heures ou de réunions par années à la question de la qualité des soins [nb heures] :*

En 2021, les établissements rapportent que leur conseil d'administration consacre entre 0 et 12 heures (moyenne=2.6 ; médiane=1) par année à la question de la qualité des soins.

En 2015, ceux-ci rapportaient que leur conseil d'administration consacrait entre 1 et 50 heures (moyenne=12.3 ; médiane = 1.5) par année à la question de la qualité des soins.

**Commentaires de certains établissements :**

- « pas d'info disponible »
- « Des sujets qualité sont aussi traité sous certains points des OJ des séances ordinaires du CA »
- « Dans le rapport du comité de direction tout point lié à la qualité des soins est inscrit, s'il y en a »
- « la direction générale s'entretient régulièrement avec le président du CA »
- « Le CA se penche une fois par année sur le rapport de sécurité intégrale qui comprend la sécurité des patients. Selon l'actualité, des sessions peuvent être consacrées à une thématique particulière (par en 2021, les résultats de l'enquête sur la sécurité des patients menée au sein du personnel) »
- « VR ist neu, sind noch nicht auf diese Thematik eingespield »
- « cette année 2021 est particulière du fait d'un nouveau conseil d'établissement et de nouveaux membres nommés en cours d'année. »

**Avis de la CSPQS :** Pas de commentaire.

**Question 23b : Combien d'heures ou de réunions le conseil d'administration consacre-t-il par année à la question de la qualité des soins : [Nb de réunions :]**

*Question pour 2015 : Le conseil d'administration consacre tant d'heures ou de réunions par années à la question de la qualité des soins [nb réunions] :*

En 2021, les établissements rapportent que leur conseil d'administration consacre entre 0 et 5 réunions (moyenne=2.1; médiane=2) par année à la question de la qualité des soins.

En 2015, ceux-ci rapportaient que leur conseil d'administration consacrait entre 1 et 28 réunions (moyenne=6 ; médiane = 1) par année à la question de la qualité des soins.

**Commentaires de certains établissements :**

*Cf. ci-dessus question 23a*

**Avis de la CSPQS :** Pas de commentaire.

**Question 24 : Les événements similaires à l'événement grave notifié sont systématiquement recherchés (si oui, décrire brièvement comment ils sont recherchés) :**

*Question pour 2015 : Les incidents similaires à l'incident notifié sont systématiquement recherchés:*

	N	%	N (2015)
Oui	5	56	5

Non	4	44	2
Envisagé pour 2022/2016	0	0	2
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>		<b>9</b>

**Commentaires de certains établissements :**

- « Via le CIRS soit via échange avec le service concerné »
- « Nous n'avons pas eu de cas grave ces dernières années. »

**Avis de la CSPQS :** La CSPQS recommande que les événements similaires à l'événement grave notifié soient systématiquement recherchés.

**Question 25 : Les actions d'améliorations suivant les analyses font l'objet d'un suivi systématique quant à leur mise en œuvre :**

*Question pour 2015 : Ces actions d'améliorations font l'objet d'un suivi systématique quant à leur mise en œuvre:*

	N	%	N (2015)
Oui	9	100	7
Non	0	0	2
Envisagé pour 2022/2016	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>		<b>9</b>

**Commentaires de certains établissements :**

- « PV avec responsables des actions et délais de mise en œuvre »
- « Au niveau de la direction générale, fréquemment . au niveau des services, l'évaluation est plus difficile. Des rencontre entre DG et chefferie de service sont planifiés en 2022, permettant ainsi de mieux suivre les actions d'amélioration. »

**Avis de la CSPQS :** Pas de commentaire.

**Question 26 : L'efficacité des actions d'amélioration décidées est systématiquement évaluée :**

	N	%
Oui toujours	2	22
Oui en général	2	22
Oui parfois	3	33
Non	2	22
Envisagé pour 2022	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>	

**Commentaires de certains établissements :**

- « Oui toujours pour les actions qui découlent d'une analyse type London Protocol ou qui émanent du programme d'améliorations continue, oui parfois pour les actions de plus petite envergure menée par le terrain. »

**Avis de la CSPQS :** Pas de commentaire.

**Question 27 : Le fonctionnement du CIRS est évalué périodiquement :**

	N	%
Oui	8	89
Non	1	11
Envisagé pour 2022	0	0



TOTAL 9

**Commentaires de certains établissements :**

- « Séances régulières des managers qualité des centres traitent, entre autres points, celui du CIRS »
- « Rapport annuel avec objectifs et réalisation des objectifs précédents »
- « En 2021 par l'enquête interne sur la sécurité des patients (une première enquête en 2016 et une deuxième en 2021) Annuelle dans le cadre des audits internes (évaluation de la participation des collaborateurs à l'amélioration continue via les messages qualité et incidents) Audit interne de [XXX] sur la sécurité des patients dans ses cliniques en 2021 »
- « 1 fois par trimestre les répondant sécurité et qualité des soins sont rencontrés avec des rappels sur l'utilisation de SEGI et la mise en œuvre d'actions d'amélioration et le cycle PDCA. »

**Avis de la CSPQS :** Pas de commentaire.

**Question 28 : Chaque collaborateur connaît le CIRS et sait comment l'utiliser :**

	N	%
Oui	3	33
Plutôt oui	6	67
Plutôt non	0	0
Non	0	0
TOTAL	9	

**Commentaires de certains établissements :**

- « Formation pratique sur le sens et sur PC à l'entrée des nouveaux collaborateurs »

**Avis de la CSPQS :** Pas de commentaire.

**Question 29 : La déclaration des événements graves aux instances cantonales (au sens de la Loi sur la santé Art. 44 al. 3 et de la directive sur le devoir d'information spontané) est systématiquement effectuée :**

*Question pour 2015 : La déclaration des événements graves (au sens de la Loi sur la santé Art. 43) aux instances cantonales est systématiquement effectuée:*

	N	%	N (2015)
Oui	8	89	7
Non nous ne déclarons pas les événements graves	0	0	0
Non nous n'avons pas eu d'incidents entrant dans cette catégorie	1	11	0
Non	0	0	1
Envisagé pour 2022	0	0	1
TOTAL	9		9

**Commentaires de certains établissements :**

- « Oui, par les directeurs médicaux des centres quand ces incidents sont déclarés. »
- « à voir avec service qualité [XXX] »
- « Nous sommes au courant de cette obligation mais n'avons pas eu de cas graves à déclarer au sens de cet article durant la période sous revue. »
- « La déclaration d'un EIG au médecin cantonal est faite par la secrétaire générale de [XXX] à la demande du directeur général. »



**Avis de la CSPQS :** Pas de commentaire.

**Question 30 : Des lignes directrices internes à votre organisation pour la communication d'un événement indésirable au patient :**

*Question pour 2015 : Des lignes directrices internes à l'hôpital/à la clinique pour la communication d'un événement indésirable au patient :*

	N	%	N (2015)
sont définies et diffusées, et leur application est mesurée	1	11	0
sont définies et diffusées	6	67	4
sont définies	0	0	3
ne sont pas définies	2	22	2
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>		<b>9</b>

**Commentaires de certains établissements :**

- « On a acheté le droit d'utiliser à notre nom la bonne pratique de la Fondation pour la sécurité des patients. Ce document devrait être gratuit pour les établissements de santé voir remarque similaire pour les formations dans le domaine qui devraient bénéficier d'un tarif réduit pour faciliter leurs implantations dans nos établissements. »

**Avis de la CSPQS :** La commission recommande que des lignes directrices pour la communication d'un événement indésirable au patient soient définies et diffusées, et que leur application soit mesurée.

**Question 31 : La part suivante des événements indésirables (définis comme incidents cliniques générant une atteinte pour le patient) est annoncée aux patients dans votre établissement (si vous cochez la case 26-50%, vous indiquez qu'entre un quart et la moitié des événements indésirables sont annoncées au patient qui les a subis, la part restante n'étant pas annoncée pour des raisons diverses) :**

	N	%
0%-25%	1	11
26%-50%	1	11
51%-75%	1	11
76%-100%	6	67
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>	

**Commentaires de certains établissements :**

- « Ceci est une évaluation, car il n'y a pas de vérification de ces annonces. »
- « Un incident enregistré comme grave est obligatoirement communiqué au patient en respectant la procédure de la Fondation pour la sécurité des patients. Si le patient n'a pas eu un impact sur sa santé, il n'y a pas forcément de communication selon protocole et le médecin cadre communique selon la situation. »
- « Schäden werden an Haftpflicht-Versicherung gemeldet und mit den Patienten besprochen. »
- « la directive annonce d'un événement indésirable au patient est identifiée comme une information indispensable aux collaborateurs. Toutefois, aucune formation sur l'annonce d'un EI au patient n'a été mise en place. »

**Avis de la CSPQS :** Pas de commentaire.

## 8. Commentaire général



Globalement, les résultats sont meilleurs que lors de la précédente enquête. Ainsi, l'exigence légale imposant la mise en place d'un système de gestion des incidents CIRS est remplie pour tous les établissements. La CSPQS relève que la plupart des établissements ont mis en place des pratiques de gestion des incidents et suivent les recommandations de bonnes pratiques. Néanmoins, certains éléments liés à la gestion des incidents devraient être améliorés.

## 9. Suivi des recommandations formulées en 2017 par le DSSC et recommandations de la CSPQS

Pour rappel, le DSSC avait adressé en février 2017 6 recommandations aux directions des établissements valaisans à la suite de l'enquête CIRS 1 portant sur l'année 2015. Nous reportons ces recommandations ci-dessous et évaluons, pour chacune d'entre-elles, si elles ont été mises en œuvre en 2021 :

Recommandation du DSSC (2017)	Etat de mise en œuvre (selon résultats pour l'année 2021)	Commentaire de la CSPQS
1. Ouvrir le CIRS à tous les collaborateurs	<input checked="" type="checkbox"/> Appliqué	- La CSPQS encourage la possibilité de déclaration anonyme, en admettant une exception pour les événements graves et/ou délictueux.
2. S'assurer que des employés formés à l'analyse systémique soient en poste	<input checked="" type="checkbox"/> Partiellement appliqué	- 5 établissements sur 9 ne forment pas systématiquement les nouveaux collaborateurs au fonctionnement du CIRS - La formation des cadres supérieurs, des directions et des Conseils d'administration en matière de réaction non-punitivité à l'erreur, de soutien aux deuxièmes victimes ou de rôle en matière de qualité/sécurité des soins reste insuffisante
3. Respecter l'article 43 de la loi sur la santé concernant les incidents médicaux-hospitaliers	<input checked="" type="checkbox"/> Appliqué	- L'article 43 de l'ancienne Loi sur la santé prévoyait une déclaration obligatoire des incidents médicaux-hospitaliers simples ainsi que graves à la CSPQS, ou à l'organe en charge de la qualité des soins au sein de l'établissement. - La version actuelle de la Loi sur la santé a redéfini cette exigence de déclaration. L'art 44, al. 3 impose que chaque établissement définisse une procédure de déclaration obligatoire des incidents et de leur gestion. La directive sur le devoir d'information spontané précise quels incidents doivent être annoncés au DSSC. - Tous les établissements déclarent se conformer aux prescriptions légales et réglementaires mentionnées ci-dessus.
4. S'assurer que, lors de chaque événement indésirable, le patient	<input checked="" type="checkbox"/> Partiellement appliqué	- Des lignes directrices internes pour la communication d'un événement indésirable au patient n'existent pas dans 2 établissements sur 9. - Dans 2 établissements, entre 0% et 50% des événements indésirables (définis comme



concerné soit informé		incidents cliniques générant une atteinte pour le patient) sont annoncés aux patients.
5. Prévoir, identifier et financer cette activité	<input checked="" type="checkbox"/> Partiellement appliqué	- 3 établissements sur 9 indiquent qu'aucun EPT ne sont dévolus à la gestion des incidents (2 établissements en 2015) - Dans 4 établissements sur 9, aucun temps protégé n'est affecté à l'analyse et au suivi des incidents
6. Effectuer régulièrement un point de situation sur la problématique de la qualité des soins.	<input checked="" type="checkbox"/> Partiellement appliqué	- la plupart des directions et des conseils d'administration réservent une partie des séances à la question de la qualité des soins, dans des proportions toutefois très variables (en partie liées à la taille de l'établissement) - Dans 4 établissements sur 9, un retour aux collaborateurs des résultats des analyses d'incidents n'est pas systématiquement organisé.

Sur la base du tableau ci-dessus, la CSPQS propose au DSSC de réitérer auprès des établissements les recommandations no 2, 4, 5 et 6, actuellement partiellement mises en œuvre.

Lorsque la problématique est particulièrement importante ou que des résultats s'écartent significativement des bonnes pratiques pour un nombre important d'établissements, la CSPQS formule au-surplus 4 nouvelles recommandations sur la base des données de 2021, formulées dans le tableau ci-dessous :

No.	Recommandations de la CSPQS
<b>Recommandations formulées en 2017 et réitérées</b>	
1	S'assurer que des employés formés à l'analyse systémique des incidents soient en poste.
2	S'assurer que, lors de chaque événement indésirable dont la conséquence appelle plus qu'une simple surveillance du patient, celui-ci soit informé.
3	Prévoir, identifier et financer l'activité de déclaration et de gestion des incidents.
4	La direction et le conseil d'administration se tiennent au courant des enjeux de qualité/sécurité des soins, des événements indésirables et des risques. Ces organes s'assurent d'une gestion adéquate de ces sujets.
<b>Nouvelles recommandations</b>	
5	Sensibiliser, voire former tous les cadres supérieurs et la direction à la réaction non punitive à l'erreur (just culture) et à l'organisation du soutien aux deuxièmes victimes.
6	Sensibiliser, voire former le conseil d'administration à son rôle en matière de qualité des soins et de sécurité des patients.
7	Définir des lignes directrices précisant quand des sanctions sont possibles à la suite d'un incident et quand elles sont à éviter.
8	Traiter systématiquement les notifications d'événements graves et les faire suivre d'analyses à l'aide d'une méthode rigoureuse, telle que le <i>London protocol</i> ou la <i>ACCIMap</i>

La CSPQS invite le DSSC à faire part de ces 8 recommandations aux hôpitaux et cliniques du Valais. La CSPQS est à disposition du DSSC pour formuler ces recommandations et assurer leur suivi.



## Annexe 1

### Qualité des soins et sécurité des patients

# 2<sup>e</sup> questionnaire sur le système de gestion des incidents (CIRS) pour les hôpitaux et cliniques du Valais

Version au 17 mai 2021

Nous vous remercions de bien vouloir répondre à ce questionnaire d'ici au XX.XX.XX

En vertu de la Loi valaisanne sur la santé Art. 44 al. 2, la participation à cette enquête est obligatoire. Les résultats seront diffusés sous forme de synthèse anonymisée.

#### Personne répondant au questionnaire

Nom :

Prénom :

Fonction exercée au sein de l'hôpital/clinique :

#### Hôpital/clinique

Dénomination :

Adresse complète :

Type d'hôpital/clinique :

Nombre total d'EPT<sup>6</sup> :

#### Veillez cocher la case correspondante :

1. Le système de déclaration des incidents est à disposition de tous les collaborateurs	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Certains collaborateurs (préciser lesquels sous "commentaires")		
Commentaire :					
2. Le volume annuel d'incidents déclarés est de : (arrondi possible)	Incidents cliniques :	Incidents non-cliniques			
Commentaire :					
3. Une taxonomie reconnue est utilisée pour la classification des incidents :	<input type="checkbox"/> Classification internationale pour la sécurité des patients (OMS)	<input type="checkbox"/> IPSEC	<input type="checkbox"/> Generic Occurrence Classification / Generic Reference Model	<input type="checkbox"/> Autre (préciser laquelle sous "commentaires")	<input type="checkbox"/> Non
Commentaire :					
4. Le système de notification de votre établissement est :	<input type="checkbox"/> Manuel (papier)	<input type="checkbox"/> Electronique	<input type="checkbox"/> Manuel (papier) & électronique		
Commentaire :					
5. Il est possible, dans votre système, de notifier un incident en obtenant une garantie de confidentialité (pas de transmission du nom du déclarant à la hiérarchie) :	<input type="checkbox"/> Oui pour tout incident	<input type="checkbox"/> Oui, sauf pour les événements graves	<input type="checkbox"/> Oui, sauf pour les événements délictueux	<input type="checkbox"/> Non, la confidentialité ne peut pas être garantie	
Commentaire :					
6. Il est possible, dans votre système, de notifier un incident de façon anonyme (aucune traçabilité possible du déclarant par son nom ou son login) :	<input type="checkbox"/> Oui pour tout incident	<input type="checkbox"/> Oui, sauf pour les événements graves	<input type="checkbox"/> Oui, sauf pour les événements délictueux	<input type="checkbox"/> Non, l'anonymat ne peut pas être garanti	
Commentaire :					
7. La part des notifications reçues de façon anonyme est de :	<input type="checkbox"/> 0%-10%	<input type="checkbox"/> 11%-50%	<input type="checkbox"/> 51%-90%	<input type="checkbox"/> 91%-100%	
Commentaire :					
8. Si les personnes chargées de gérer l'incident sont amenées à changer la classification de l'incident (par exemple pour le qualifier de grave alors qu'il était déclaré comme non-grave), le déclarant en est averti (s'il est connu):	<input type="checkbox"/> Oui toujours	<input type="checkbox"/> Oui en général	<input type="checkbox"/> Oui parfois	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Envisagé pour l'année 2022
Commentaire :					

<sup>6</sup> EPT = « Equivalent plein temps »

9. Les nouveaux collaborateurs sont systématiquement formés au fonctionnement du CIRS :	<input type="checkbox"/> Oui toujours	<input type="checkbox"/> Oui en général	<input type="checkbox"/> Oui parfois	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Envisagé pour 2022
Commentaire :					
10. La part des cadres supérieurs (niveau n -1) et de la direction (niveau n) qui sont formés (formation d'au moins 2 heures) à la réaction non-punitivité à l'erreur (just culture) est de :	<input type="checkbox"/> 0%-25%	<input type="checkbox"/> 26%-50%	<input type="checkbox"/> 51%-75%	<input type="checkbox"/> 76%-100%	
Commentaire :					
11. La part des cadres supérieurs (niveau n -1) et de la direction (niveau n) qui sont formés (formation d'au moins 2 heures) à l'organisation du soutien aux deuxièmes victimes (second victims) est de :	<input type="checkbox"/> 0%-25%	<input type="checkbox"/> 26%-50%	<input type="checkbox"/> 51%-75%	<input type="checkbox"/> 76%-100%	
Commentaire :					
12. La part des membres du Conseil d'administration (ou autre dénomination d'organe envers lequel la direction générale rapporte) ayant suivi une formation relative à leur rôle en matière de qualité/sécurité des soins est de :	<input type="checkbox"/> 0%-25%	<input type="checkbox"/> 26%-50%	<input type="checkbox"/> 51%-75%	<input type="checkbox"/> 76%-100%	
Commentaire :					
13. Un retour aux collaborateurs des résultats des analyses d'incidents est organisé :	<input type="checkbox"/> Oui toujours	<input type="checkbox"/> Oui en général	<input type="checkbox"/> Oui parfois	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Envisagé pour 2022
Commentaire :					
14. Selon vous, l'utilité du système CIRS est de:	(réponse ouverte)				
Commentaire :					
15. Des lignes directrices définissant quand des sanctions sont possibles à la suite d'un incident et quand elles sont à éviter sont définies :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Envisagé pour 2022		
Commentaire :					
16. Un récapitulatif annuel des signalements ou rapports d'incidents est transmis à tous les services :	<input type="checkbox"/> Oui toujours	<input type="checkbox"/> Oui en général	<input type="checkbox"/> Oui parfois	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Envisagé pour 2022
Commentaire :					
17. Les notifications d'événements graves sont systématiquement traitées et suivies d'analyses (par « systématiquement », il faut comprendre qu'une méthode telle que le « London Protocol » est utilisée, avec la rigueur que cela implique) :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Envisagé pour 2022		
Commentaire :					
18. Au sein de votre organisation, combien d'EPT (équivalents plein temps) budgétés sont dévolus à la gestion des incidents :					
Commentaire :					
19. Du temps protégé est-il affecté à l'analyse et au suivi des incidents ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Envisagé pour 2022		
Commentaire :					



20. Disposez-vous d'un système de suivi des signalements permettant d'identifier à quel stade ceux-ci se trouvent (en analyse, clos, etc.) ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Envisagé pour 2022		
Commentaire :					
21. Une directive interne est définie, précisant quand et à qui les événements graves sont annoncés :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Envisagé pour 2022		
Commentaire :					
22. Combien d'heures ou de réunions la direction consacre-t-elle par année à la question de la qualité des soins :	Nb d'heures :	Nb de réunions :			
Commentaire :					
23. Combien d'heures ou de réunions le conseil d'administration consacre-t-il par année à la question de la qualité des soins :	Nb d'heures :	Nb de réunions :			
Commentaire :					
24. Les événements similaires à l'événement grave notifié sont systématiquement recherchés (si oui, décrire brièvement comment ils sont recherchés) :	<input type="checkbox"/> Oui toujours	<input type="checkbox"/> Oui en général	<input type="checkbox"/> Oui parfois	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Envisagé pour 2022
Commentaire :					
25. Les actions d'améliorations suivant les analyses font l'objet d'un suivi systématique quant à leur mise en œuvre :	<input type="checkbox"/> Oui toujours	<input type="checkbox"/> Oui en général	<input type="checkbox"/> Oui parfois	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Envisagé pour 2022
Commentaire :					
26. L'efficacité des actions d'amélioration décidées est systématiquement évaluée :	<input type="checkbox"/> Oui toujours	<input type="checkbox"/> Oui en général	<input type="checkbox"/> Oui parfois	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Envisagé pour 2022
Commentaire :					
27. Le fonctionnement du CIRS est évalué périodiquement :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Envisagé pour 2022		
Commentaire :					
28. Chaque collaborateur connaît le CIRS et sait comment l'utiliser :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Plutôt oui	<input type="checkbox"/> Plutôt non	<input type="checkbox"/> Non	
Commentaire :					
29. La déclaration des événements graves aux instances cantonales (au sens de la Loi sur la santé Art. 44 al. 3 et de la directive sur le devoir d'information spontané) est systématiquement effectuée :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non nous ne déclarons pas les événements graves	<input type="checkbox"/> Non nous n'avons pas eu d'incidents entrant dans cette catégorie	<input type="checkbox"/> Envisagé pour 2022	
Commentaire :					
30. Des lignes directrices internes à votre organisation pour la communication d'un événement indésirable au patient :	<input type="checkbox"/> sont définies et diffusées, et leur application est mesurée	<input type="checkbox"/> sont définies et diffusées	<input type="checkbox"/> sont définies	<input type="checkbox"/> ne sont pas définies	
Commentaire :					
31. La part suivante des événements indésirables (définis comme incidents cliniques générant une atteinte pour le patient) est annoncée aux patients dans	<input type="checkbox"/> 0%-25%	<input type="checkbox"/> 26%-50%	<input type="checkbox"/> 51%-75%	<input type="checkbox"/> 76%-100%	



votre établissement (si vous cochez la case 26-50%, vous indiquez que entre un quart et la moitié des événements indésirables sont annoncés au patient qui les a subis, la part restante n'étant pas annoncée pour des raisons diverses) :				
Commentaire :				

Nous vous remercions du temps que vous avez consacré à remplir ce questionnaire.