



# Foire aux questions — Sepsie à l'hôpital

## Table des matières

Contexte et justification.....	2
Qu'est-ce que la sepsie à l'hôpital? .....	2
Dans quels buts l'indicateur Sepsie à l'hôpital a-t-il été conçu?.....	2
Pourquoi et comment l'ICIS a-t-il créé cet indicateur? .....	2
Quelle est la différence entre les mesures réalisées à l'aide de l'indicateur Sepsie à l'hôpital et celles présentées dans le rapport Point de mire? .....	3
Méthodologie .....	3
Comment un événement de sepsie est-il repéré? .....	3
Est-ce que certains groupes de patients ont été exclus des analyses? .....	3
Quels événements de sepsie ne sont pas pris en compte dans cet indicateur? .....	4
Comment le taux ajusté selon les risques est-il calculé pour cet indicateur? .....	4
À quel point les données utilisées pour calculer l'indicateur sont-elles fiables? .....	5
Interprétation .....	5
Comment peut-on employer l'indicateur? .....	5
Que peuvent faire les hôpitaux pour réduire leur taux de sepsie? .....	6
Que faut-il prendre en considération lors de l'interprétation du taux de sepsie à l'hôpital ajusté selon les risques? .....	6
Annexe .....	7
Lignes directrices sur les pratiques exemplaires en matière de prévention et de contrôle des infections et de la sepsie.....	7



## Contexte et justification

### Qu'est-ce que la sepsie à l'hôpital?

La sepsie est un syndrome clinique qui se manifeste sous forme de complication d'une infection. Elle correspond à une réponse inflammatoire systémique due à une infection. La sepsie constitue l'une des principales causes de mortalité et est associée à une utilisation accrue des ressources hospitalières ainsi qu'à des séjours prolongés aux unités de soins intensifs. Des mesures préventives et thérapeutiques appropriées pendant l'hospitalisation peuvent réduire le taux d'infections ou d'évolution de l'infection en sepsie.

La sepsie à l'hôpital se rapporte aux cas décelés après une admission dans un hôpital de soins de courte durée. Ces cas ne sont pas forcément des cas de sepsie sévère; ils peuvent être accompagnés ou non de défaillance organique ou de choc septique.

### Dans quels buts l'indicateur Sepsie à l'hôpital a-t-il été conçu?

L'indicateur Sepsie à l'hôpital évalue l'efficacité des hôpitaux de soins de courte durée en matière de prévention de la sepsie. La prévention et le traitement des infections aident à réduire le risque de développer une sepsie. Étant le tout premier indicateur pancanadien en la matière, il permettra de faire des comparaisons et de surveiller les résultats au fil du temps dans les établissements, les régions, les provinces et les territoires. Il aidera les hôpitaux à améliorer la sécurité des patients et leur permettra de s'inspirer des pratiques exemplaires de leurs pairs en matière de traitement approprié des infections et de prévention de la sepsie (voir la liste des ressources sur les pratiques exemplaires fournie dans les annexes). Les régions sanitaires, les provinces et les territoires peuvent également utiliser cette information pour planifier, accroître la responsabilisation et réaliser des analyses comparatives.

### Pourquoi et comment l'ICIS a-t-il créé cet indicateur?

Pendant de nombreuses années, la mortalité liée à la sepsie a été surveillée par divers établissements à l'aide du Ratio normalisé de mortalité hospitalière (RNMH). En 2009, l'ICIS a indiqué que la sepsie était une cause majeure de décès dans un rapport intitulé *Point de mire : un regard national sur la sepsie*. Depuis, la mortalité liée à la sepsie n'a pas diminué et plusieurs experts cliniques ayant pris part à l'élaboration du rapport ont recommandé la création d'un indicateur permettant d'évaluer les taux de sepsie. L'ICIS a officiellement entrepris l'élaboration de l'indicateur en 2013 et a invité des spécialistes du domaine à contribuer au concept, à la définition et à la méthodologie. Comme c'est le cas pour tout nouvel indicateur, l'ICIS a ensuite fourni la définition, la méthodologie et les résultats consolidés aux établissements, aux provinces et aux territoires. L'indicateur a enfin été peaufiné d'après les commentaires reçus en vue de sa diffusion publique.



## Quelle est la différence entre les mesures réalisées à l'aide de l'indicateur Sepsie à l'hôpital et celles présentées dans le rapport Point de mire?

La méthodologie de l'indicateur visant à déceler les cas de sepsie à l'hôpital diffère quelque peu de celle utilisée lors de l'analyse présentée dans le rapport Point de mire. L'indicateur est conçu pour déceler les cas de sepsie survenant après l'admission, alors que l'analyse de 2009 portait sur les hospitalisations liées à tout événement de sepsie, diagnostiqué avant ou après l'admission. Notamment, l'indicateur exclut certains groupes de patients, comme ceux recevant des soins palliatifs et les nourrissons. Tous les codes de la CIM-10-CA (*Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième version, Canada*) pour un événement de sepsie causé par des microorganismes rarement observés en contexte hospitalier ont également été exclus. Ces critères ont été établis, entre autres, pour éliminer du numérateur les cas qui pourraient s'être déclarés avant l'admission. En outre, étant donné que les normes de codification ont été améliorées depuis la publication du rapport, l'ICIS est maintenant en mesure d'utiliser des critères plus précis pour repérer les événements de sepsie à l'hôpital.

## Méthodologie

### Comment un événement de sepsie est-il repéré?

Les événements de sepsie sont repérés à l'aide des codes de diagnostic de la CIM-10-CA décrivant la sepsie, le choc septique ou la sepsie puerpérale. (La liste complète des codes de la CIM-10-CA inclus dans cet indicateur se trouve dans le [Répertoire des indicateurs](#).) Les affections sont incluses si elles correspondent à une sepsie survenue après l'admission (y compris une sepsie associée à un transfert de service ou qui est devenue l'affection principale pendant le séjour du patient), ou à une sepsie liée à une infection postopératoire ou obstétricale décelée durant le séjour. Pour cet indicateur, la liste des codes de la CIM-10-CA utilisés lors de l'analyse de 2009 a été retravaillée en fonction des résultats d'une revue de la littérature et d'une collaboration entre l'équipe des Classifications de l'ICIS et un groupe consultatif d'experts.

### Est-ce que certains groupes de patients ont été exclus des analyses?

- Les patients de moins de un an sont exclus des calculs en raison de différences dans les mécanismes et les facteurs de risque de développement d'une sepsie, ainsi que des différences dans les normes de codification. Les événements de sepsie chez les nourrissons et les cas de sepsie du nouveau-né ne sont pas saisis.
- Les patients atteints de maladie mentale sont exclus en raison de différences dans la méthode de collecte des données entre l'Ontario et les autres provinces et territoires.
- Les patients en soins palliatifs sont exclus.
- Les patients hospitalisés pendant moins de 2 jours sont exclus.
- Les patients qui reçoivent l'aide médicale à mourir (AMAM) sont exclus.

## Quels événements de sepsie ne sont pas pris en compte dans cet indicateur?

- Les codes qui décrivent des événements de sepsie causés par des microorganismes rarement observés en milieu hospitalier ne sont pas inclus. Citons entre autres *Sepsie à Salmonella* (CIM-10-CA : A02.1) et *Sepsie charbonneuse* (CIM-10-CA : A22.7).
- Lorsqu'un abrégé de sortie contient plus d'un code de sepsie et qu'il n'est pas clairement consigné que tous ces codes correspondent à des événements de sepsie survenus après l'admission, l'abrégé est exclu du numérateur étant donné qu'il n'est pas clairement précisé qu'il s'agit d'un événement à l'hôpital. 2 exemples sont fournis ci-dessous. Pour de plus amples renseignements, consultez la section Description et calcul de l'indicateur : numérateur — exclusions du [Répertoire des indicateurs](#).
  - Un abrégé comprenant *Sepsie à streptocoques, groupe A* (CIM-10-CA : A40.0) comme type (1) (comorbidité avant l'admission) et *Autres sepsies à streptocoques* (CIM-10-CA : A40.8) comme type (2) (comorbidité après l'admission) est exclu du numérateur.
  - Un abrégé comprenant *Autres sepsies à streptocoques* (CIM-10-CA : A40.8) comme type (1) (comorbidité avant l'admission) et *Choc septique* (CIM-10-CA : R57.2) comme type (2) (comorbidité après l'admission) est exclu du numérateur.

## Comment le taux ajusté selon les risques est-il calculé pour cet indicateur?

Pour calculer le nombre prévu de sorties de patients ayant développé une sepsie à l'hôpital pour un hôpital donné, 2 modèles distincts de régression logistique, un pour les enfants (de moins de 18 ans) et un autre pour les adultes (18 ans et plus), sont utilisés. Cette méthode tient compte de facteurs susceptibles d'influer sur la probabilité d'une sepsie : âge, sexe, groupe de l'indice de Charlson modifié, catégorie d'admission (non urgente ou urgente), immunodéficience et patients en soins chirurgicaux ou en soins médicaux. (Pour obtenir tous les renseignements techniques, consultez le [Répertoire des indicateurs](#).)

On obtient le taux de sepsie à l'hôpital ajusté selon les risques en divisant le nombre observé de cas dont l'enregistrement de sortie comporte un diagnostic de sepsie à l'hôpital pour un hôpital donné par le nombre prévu de cas dans cet hôpital, puis en multipliant le quotient par le taux moyen de sepsie à l'hôpital au Canada. Le taux est exprimé par 1 000 sorties.

## À quel point les données utilisées pour calculer l'indicateur sont-elles fiables?

L'ICIS participe à de diverses initiatives d'amélioration de la qualité des données pour veiller à l'exactitude de ses indicateurs. Les processus standards comprennent l'établissement de normes de codification et de saisie, l'automatisation de la vérification des données et la formation continue du personnel hospitalier. Malgré la mise en œuvre de normes de codification nationales, des variations pourraient survenir dans les pratiques de consignation et de codification d'une région à l'autre, ce qui pourrait avoir une incidence sur les résultats.

Au Canada, des normes de codification précises pour la sepsie ont été élaborées en 2001, notamment les suivantes :

- Attribuer un code pour la sepsie uniquement lorsque le médecin a inscrit ce diagnostic au dossier. Ce diagnostic ne peut être présumé, ni éliminé, sur la seule base des résultats de laboratoire.
- Parfois, les médecins utilisent le terme « sepsie » pour décrire une infection localisée. Ainsi, il faut être attentif lors de l'attribution de ce code. Lorsque le terme « sepsie » est utilisé pour décrire une infection localisée, recherchez le terme pilote « infection » plutôt que « sepsie ».

Pour obtenir un complément d'information, consultez le document Normes canadiennes de codification de la CIM-10-CA et de la CCI.

## Interprétation

### Comment peut-on employer l'indicateur?

L'indicateur représente le taux, ajusté selon les risques, d'événements de sepsie diagnostiquée durant un séjour à l'hôpital. Il peut aider les hôpitaux et les régions à mieux comprendre leur taux de sepsie. Un faible taux ajusté selon les risques est souhaitable. À l'aide des résultats ultérieurs de cet indicateur, les établissements et les régions seront en mesure de faire un suivi des changements à ce chapitre au fil du temps et de mesurer l'efficacité des stratégies ou initiatives mises en œuvre pour réduire les taux de sepsie à l'hôpital. De plus, le calcul tient compte de facteurs propres aux patients susceptibles d'influer sur la probabilité d'une sepsie : âge, sexe, affections préexistantes (indice de comorbidité et immunodéficience), état à l'admission et patients en soins chirurgicaux ou en soins médicaux.



## **Que peuvent faire les hôpitaux pour réduire leur taux de sepsie?**

La sepsie est une complication grave des infections. La prévention des infections est par conséquent la toute première mesure à prendre. Chez les patients présentant une infection, le traitement rapide et approprié de cette dernière réduira le risque d'évolution en sepsie. Des lignes directrices générales sur les pratiques exemplaires en matière de prévention et de contrôle des infections liées aux soins de santé et des lignes directrices sur la prévention d'infections précises fortement associées à la sepsie, comme les infections d'un cathéter central ou du site opératoire, ont été publiées. Des recommandations liées aux pratiques optimales de prévention de la sepsie chez des groupes particuliers de patients, comme ceux atteints de cancer ou immunodéficients, sont également disponibles. Des liens vers certaines lignes directrices sont fournis à la fin du présent document.

## **Que faut-il prendre en considération lors de l'interprétation du taux de sepsie à l'hôpital ajusté selon les risques?**

En raison des limites des données administratives, il n'est pas possible de tenir compte de certains facteurs. Premièrement, les événements de sepsie peuvent être causés par des infections contractées soit à l'hôpital soit dans la collectivité. L'indicateur Sepsie à l'hôpital ne reflète pas nécessairement les infections nosocomiales uniquement, mais est axé sur les événements de sepsie qui ont été décelés après l'admission. Pour en tenir compte, l'ICIS a sélectionné les événements de sepsie diagnostiquée après l'admission et exclu les séjours de moins de 2 jours. L'information temporelle sur le diagnostic ne figure toutefois pas dans les données administratives, de sorte que la cause exacte des infections qui ont mené à la sepsie ne peut être établie et la sepsie ne peut être située dans le temps.

Deuxièmement, il est impossible d'ajuster le taux en fonction de tous les risques potentiels et caractéristiques de l'hôpital. Il ne faut donc pas tirer de conclusions sur la performance générale de l'hôpital en se fiant uniquement aux résultats relatifs à cet indicateur. Il est aussi important de tenir compte des différents aspects de la performance ainsi que des renseignements contextuels, comme les caractéristiques de l'hôpital et de la collectivité. Les résultats peuvent cependant servir de point de départ pour faire le suivi des progrès au fil du temps. Pour optimiser les comparaisons significatives, des données sur les groupes d'hôpitaux semblables et le profil contextuel des établissements et des collectivités sont fournis pour aider à repérer les hôpitaux semblables.

## Annexe

### Lignes directrices sur les pratiques exemplaires en matière de prévention et de contrôle des infections et de la sepsie

**Centers for Disease Control and Prevention (CDC)**

[Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter–Related Infections](#) (en anglais)

**Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP)**

[Infection du site opératoire \(ISO\)](#)

[Pneumonie associée au ventilateur \(PAV\)](#)

[Prévention des infections liées aux cathéters centraux](#)

[Prévention et contrôle des infections \(PCI\)](#)

[Sepsie : prévention, identification précoce et intervention — composants de la trousse En avant](#)

**National Health Service (NHS)**

[Guidelines for the Prevention of Sepsis in Asplenic Patients](#) (en anglais)

**National Institute for Health and Care Excellence (NICE)**

[Healthcare-Associated Infections: Prevention and Control in Primary and Community Care](#) (en anglais)

[Neutropenic Sepsis: Prevention and Management of Neutropenic Sepsis in Cancer Patients](#) (en anglais)

**Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG)**

[Bacterial Sepsis in Pregnancy](#) (en anglais)