



Mesure des préjudices subis par les patients dans les hôpitaux canadiens

Octobre 2016

La production du présent document est rendue possible grâce à un apport financier de Santé Canada et des gouvernements provinciaux et territoriaux. Les opinions exprimées dans ce rapport ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada ou celles des gouvernements provinciaux et territoriaux.

À moins d'indication contraire, les données utilisées proviennent des provinces et territoires du Canada.

Tous droits réservés.

Le contenu de cette publication peut être reproduit tel quel, en tout ou en partie et par quelque moyen que ce soit, uniquement à des fins non commerciales pourvu que l'Institut canadien d'information sur la santé soit clairement identifié comme le titulaire du droit d'auteur. Toute reproduction ou utilisation de cette publication et de son contenu à des fins commerciales requiert l'autorisation écrite préalable de l'Institut canadien d'information sur la santé. La reproduction ou l'utilisation de cette publication ou de son contenu qui sous-entend le consentement de l'Institut canadien d'information sur la santé, ou toute affiliation avec celui-ci, est interdite.

Pour obtenir une autorisation ou des renseignements, veuillez contacter l'ICIS :

Institut canadien d'information sur la santé
495, chemin Richmond, bureau 600
Ottawa (Ontario) K2A 4H6

Téléphone : 613-241-7860
Télécopieur : 613-241-8120

www.icis.ca
droitdauteur@icis.ca

ISBN 978-1-77109-515-0 (PDF)

© 2016 Institut canadien d'information sur la santé

Comment citer ce document :

Institut canadien d'information sur la santé, Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP). *Mesure des préjudices subis par les patients dans les hôpitaux canadiens*. Section « Que peut-on faire pour améliorer la sécurité des patients? » par Chan B, Cochrane D. Ottawa, ON: ICIS; 2016.

This publication is also available in English under the title *Measuring Patient Harm in Canadian Hospitals*.

ISBN 978-1-77109-514-3 (PDF)

Table des matières

Remerciements.....	4
Experts cliniques	5
Organismes précurseurs	6
Le cas d'Herbert.....	8
Introduction	9
Préjudices à l'hôpital : vue d'ensemble de la sécurité des patients.....	13
Définition	13
Source des données.....	17
Il se pourrait que les taux de préjudices à l'hôpital ne soient jamais nuls.....	19
Événements préjudiciables dans les hôpitaux canadiens.....	20
Une hospitalisation sur 18 donne lieu à un préjudice	20
Les événements indésirables touchent tous les types de soins	21
Les patients subissent divers types de préjudices	22
Certains patients subissent plus d'un événement préjudiciable à l'hôpital	28
Les cas complexes sont exposés à un risque plus élevé de préjudices.....	28
Une hospitalisation sur 8 au cours de laquelle s'est produit un événement préjudiciable se solde par un décès.....	31
La réduction des préjudices permettra d'affecter des ressources à des besoins non comblés.....	32
Que faire pour améliorer la sécurité des patients?	33
Des pratiques cliniques fondées sur des données probantes pour réduire les préjudices : travailler ensemble à la sécurité des soins	33
Mesures visant à réduire les événements préjudiciables	35
Ce que les organismes peuvent faire pour améliorer la sécurité.....	39
Limites	43
Conclusions	45
Annexe A : Évaluer la qualité des données sur les préjudices à l'hôpital.....	47
Annexe B : Texte de remplacement pour les figures	49
Références	54

Remerciements

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP) souhaitent remercier les personnes suivantes qui ont agi à titre de conseillers pour la production du présent rapport :

- **Régis Blais**, professeur, Département d'administration de la santé, Université de Montréal
- **Donna Davis**, ancienne coprésidente, Patients pour la sécurité des patients du Canada
- **D^r Irfan Dhalla**, vice-président, Équipe d'analyses des données et des normes, Qualité des services de santé Ontario
- **Virginia Flintoft**, associée de recherche principale, Institut des politiques, de la gestion et de l'évaluation de la santé, Université de Toronto
- **Catherine Gaulton**, vice-présidente, Qualité et performance du système, et directrice des affaires juridiques, Autorité sanitaire de la Nouvelle-Écosse
- **D^r Bill Ghali**, professeur, Département de médecine et Département des sciences de la santé communautaire, Université de Calgary
- **D^r Chris Hayes**, directeur médical, Qualité et performance, Hôpital St. Michael's
- **Carolyn Hoffman**, directrice administrative, Association des infirmières et des infirmiers autorisés de la Saskatchewan
- **D^r Peter Norton**, professeur émérite, Département de médecine familiale, Université de Calgary
- **Valerie Phillips**, directrice, Unité de sécurité des patients, ministère de la Santé de la Saskatchewan
- **Karen Sequeira**, directrice principale, Qualité, risques et sécurité des patients, Association des hôpitaux de l'Ontario
- **D^{re} Robyn Tamblyn**, professeure, Département de médecine et Département d'épidémiologie et de biostatistique, Université McGill
- **Laurel Taylor**, directrice générale provinciale, Amélioration du rendement, Services de santé de l'Alberta
- **Andrew Wray**, directeur, Apprentissage et initiatives stratégiques, Conseil sur la sécurité des patients et la qualité des soins de la Colombie-Britannique

L'ICIS et l'ICSP aimeraient souligner tout particulièrement la contribution des **D^{rs} Ben Chan** et **Doug Cochrane** à titre de principaux auteurs de la section « Que peut-on faire pour améliorer la sécurité des patients? ». Ils remercient aussi le D^r Chan d'avoir contribué à l'amélioration du cadre conceptuel des préjudices à l'hôpital.

Ils tiennent enfin à remercier tous les membres du personnel de l'ICIS et de l'ICSP qui ont pris part à ce projet.

La méthodologie de mesure des préjudices à l'hôpital n'aurait pu être élaborée sans la participation de plusieurs experts cliniques, experts en sécurité des patients et organismes. Nous tenons à remercier spécialement les intervenants suivants :

Experts cliniques

- **G. Ross Baker**, professeur, Institut des politiques, de la gestion et de l'évaluation de la santé, Université de Toronto
- **D^r Jon Barrett**, scientifique principal, chef du département de médecine fœtale, Centre des sciences de la santé Sunnybrook
- **Jennifer Blake**, directrice générale, Société des obstétriciens et gynécologues du Canada
- **Régis Blais**, professeur, Département d'administration de la santé, Université de Montréal
- **D^r Ben Chan**, professeur adjoint, Université de Toronto, Institut des politiques, de la gestion et de l'évaluation de la santé, Divisions des politiques de santé mondiale et de santé publique
- **D^r Irfan Dhalla**, vice-président, Équipe d'analyses des données et des normes, Qualité des services de santé Ontario
- **Virginia Flintoft**, associée de recherche principale, Institut des politiques, de la gestion et de l'évaluation de la santé, Université de Toronto
- **D^r Alan Forster**, chef de la qualité et de la performance, Hôpital d'Ottawa
- **D^r William Geerts**, conseiller en thrombo-embolie, Centre des sciences de la santé Sunnybrook, Université de Toronto
- **D^r Bill Ghali**, professeur, Département de médecine et Département des sciences de la santé communautaire, Université de Calgary
- **D^r Chris Hayes**, directeur médical, Qualité et performance, Hôpital St. Michael's
- **D^r Venu Jain**, professeur agrégé, Département d'obstétrique et de gynécologie, Hôpital royal Alexandra, Université de l'Alberta
- **D^r Claude Laflamme**, chercheur associé, Département d'anesthésie, Centre des sciences de la santé Sunnybrook
- **Tasha MacDonald**, directrice, Lignes directrices de pratique clinique, Association des sages-femmes de l'Ontario
- **D^r Claudio Martin**, président et chef des soins intensifs, Centre des sciences de la santé de London

- **D^{re} Amy Nakajima**, obstétricienne-gynécologue, Centre de santé autochtone Wabano
- **D^r Peter Norton**, professeur émérite, Département de médecine familiale, Université de Calgary
- **D^{re} Martine Roy**, obstétricienne-gynécologue, Covenant Health
- **D^{re} Robyn Tamblyn**, professeure, Département de médecine et Département d'épidémiologie et de biostatistique, Université McGill
- **Glenda Tapp**, infirmière autorisée, conseillère, Institut canadien pour la sécurité des patients
- **D^r David R. Urbach**, scientifique principal, Institut de recherche de l'Hôpital général de Toronto

Organismes précurseurs

- Services de santé de l'Alberta
- Santé Central, Terre-Neuve-et-Labrador
- Centre de santé IWK, Nouvelle-Écosse
- Providence Health Care, Colombie-Britannique
- Hôpital St. Michael's, Ontario
- Administration de santé territoriale Stanton, Territoires du Nord-Ouest
- Réseau universitaire de la santé, Ontario

De nombreux experts en sécurité des patients ont également participé à l'élaboration du répertoire des *ressources d'amélioration des préjudices à l'hôpital*. Consultez les [ressources d'amélioration](#) pour obtenir la liste de tous les participants.

Notez que les analyses et conclusions présentées ici ne reflètent pas nécessairement les opinions des personnes ou des organismes mentionnés ci-dessus.

Définitions

Il importe de clarifier le sens de certains termes et de les nuancer. Une attention toute particulière a été accordée à la terminologie grâce à des consultations menées auprès de patients, de cliniciens et d'experts en sécurité des patients. Nous avons veillé à pondérer leurs commentaires tout en harmonisant le concept qui sous-tendait nos travaux avec les efforts de déclaration et de mesure de la sécurité des patients déployés à l'échelle internationale, comme la Classification internationale pour la sécurité des patients de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)¹. Le terme « préjudice » est utilisé à cette fin, puisqu'il est internationalement accepté et reflète ce qu'en comprennent les patients.

Les définitions suivantes s'appliquent pour les besoins du présent rapport :

Événement préjudiciable : résultat involontaire des soins qui aurait pu être évité par la mise en œuvre de pratiques exemplaires fondées sur des données probantes et qui a été décelé et traité lors d'un même séjour à l'hôpital. L'OMS et l'Institute for Healthcare Improvement (IHI) utilisent ce terme pour rendre compte de l'expérience des patients.

Préjudice à l'hôpital : hospitalisation en soins de courte durée au cours de laquelle au moins un préjudice involontaire s'est produit et aurait pu être évité par la mise en œuvre de pratiques exemplaires fondées sur des données probantes.

Préjudice : événement préjudiciable est synonyme de préjudice.

Sécurité des patients : réduction à un minimum acceptable du risque de préjudice superflu associé aux soins de santé. Le minimum acceptable, qui tient compte des connaissances actuelles, des ressources accessibles et du contexte de la prestation des soins, est évalué par rapport au risque de ne pas traiter ou de recourir à un autre traitement.

Évitable : caractère de ce qui, de l'avis de la collectivité, peut être limité par la mise en œuvre de pratiques exemplaires fondées sur des données probantes.

Le cas d'Herbert

Herbert, un homme de 72 ans très actif et apparemment en bonne santé, s'effondre soudainement en raison d'une faiblesse dans les jambes, chez lui, au matin du 3 août 2011. Il est alors transporté d'urgence à l'hôpital. Les chirurgiens hésitent entre un AVC avec atteinte à la moelle épinière et une compression discale nécessitant une chirurgie d'urgence. Le jour suivant, Herbert subit une chirurgie de décompression rachidienne pour ce que les médecins ont diagnostiqué comme étant un syndrome de la queue de cheval, c'est-à-dire une sévère compression des nerfs situés dans la partie inférieure du dos. Après 10 jours à l'hôpital, Herbert est transféré dans un centre de réadaptation. 5 jours plus tard, il est réadmis à l'hôpital en raison d'une infection des voies urinaires et d'un taux de glycémie dangereusement élevé.

Herbert présente encore des taux de glycémie élevés après sa réadmission. Il contracte ensuite une sepsie résultant d'une infection du site opératoire. Après avoir reçu un traitement et une fois que son état a été jugé stable, Herbert commence à vomir et souffre de déshydratation. Il n'arrive plus à manger ni à boire et sa tension artérielle est dangereusement basse. Une infection à *Clostridium difficile* (*C. difficile*) est alors diagnostiquée.

Herbert souffre de complications multiples consécutives à la chirurgie de décompression nerveuse qu'il a subie 6 semaines plus tôt. Il meurt le 19 septembre 2011. Selon l'enquête du coroner, les causes de décès sont les suivantes : abcès spinal au site opératoire et complications d'une infection à *C. difficile* qui a gravement endommagé le côlon. Carole, la fille d'Herbert, apprend après le décès de son père qu'un important antibiotique destiné à traiter l'abcès spinal a accidentellement cessé d'être administré. Le coroner conclut à un amalgame confus de méprises et de suppositions inexactes.

Depuis ce tragique événement, les hôpitaux qui ont dispensé des soins à Herbert ont apporté des changements à leurs pratiques. De nouveaux protocoles ont été mis en place pour identifier les patients qui présentent un risque élevé d'infection à *C. difficile*. Les comptes rendus de l'état du patient se font au chevet du patient. Les transferts sont limités les fins de semaine et en dehors des heures ouvrables. Enfin, les médecins s'échangent entre eux des comptes rendus.

Carole, la fille d'Herbert, qui administre 2 établissements de soins de longue durée, a aussi modifié ses méthodes de travail. Elle ressent désormais une très grande empathie pour les familles inquiètes. Si elle n'avait qu'un seul message à communiquer aux dispensateurs de soins de santé, quel serait-il?

« Je dirais aux dispensateurs de soins de santé de partout au pays que prendre soin des gens doit être regardé comme un honneur — nous avons choisi les soins de santé pour une bonne raison. Il ne faut jamais oublier cette raison, et toujours faire preuve d'empathie et de compassion. »

Adapté d'un document de l'Institut canadien pour la sécurité des patients. [Le décès de son père, point de départ d'une quête pour l'amélioration de la qualité](#). Consulté le 7 juillet 2016. Utilisé avec autorisation.

Introduction

Les patients s'attendent à des soins hospitaliers sécuritaires et, dans la plupart des cas, c'est ce qu'ils obtiennent. Toutefois, une petite proportion de patients subit une forme ou une autre de préjudice involontaire lié à la prestation des soins. Les patients hospitalisés sont particulièrement vulnérables en raison de leur grande fragilité et de la complexité croissante des soins hospitaliers. Selon l'étude canadienne sur les événements indésirables menée en 2004, 7,5 % des patients hospitalisés subissent un événement indésirable, c'est-à-dire une blessure involontaire découlant de la prestation des soins qui entraîne un séjour prolongé à l'hôpital, une invalidité ou un décès. On estime que 37 % de ces événements auraient pu être évités². Une étude plus récente portant sur les patients pédiatriques révèle par ailleurs que 9,2 % des enfants hospitalisés au Canada subissent un événement indésirable³.

Depuis une dizaine d'années, on entend de plus en plus parler de la sécurité des patients et des éventuels effets préjudiciables des soins (voir la figure 1). En rapportant les erreurs fatales de médication et les épidémies d'infection à C. difficile, les médias ont sensibilisé le grand public à la question. Des campagnes comme Soins de santé plus sécuritaires maintenant! ont alors été mises sur pied pour accroître la sécurité des patients. Les équipes cliniques cherchent des façons de réduire les infections, les complications post-opératoires et les autres préjudices potentiellement évitables. Les gouvernements prennent eux aussi des mesures pour améliorer la sécurité des soins de santé. Certaines provinces ont adopté des lois obligeant la déclaration de tels incidents⁴. Enfin, Agrément Canada a intégré la question de la sécurité à ses critères d'agrément, notamment dans les pratiques organisationnelles requises relatives au contrôle des infections, à l'utilisation des médicaments, à l'évaluation des risques et à la sécurité⁵.

Figure 1 Jalons en matière de sécurité des patients au Canada

2002	Publication du document <i>Accroître la sécurité du système : une stratégie intégrée pour améliorer la sécurité des patients dans le système de santé canadien</i>⁶
2003	- Création de l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP) annoncée par les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé - Lancement du Système canadien de déclaration et de prévention des incidents médicamenteux par Santé Canada et par l'Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada - Annonce par Agrément Canada d'une première stratégie en matière de sécurité des patients
2004	Une étude canadienne déterminante sur les événements indésirables révèle que près de 7,5 % des patients hospitalisés subissent un tel événement; on estime que près du tiers de ces événements pourraient être évités²
2005	- Lancement de la campagne Soins de santé plus sécuritaires maintenant! à titre de première campagne nationale d'amélioration de la qualité - Tenue de la première Semaine nationale de la sécurité des patients
2006	Création de Patients pour la sécurité des patients du Canada
2007	Publication du premier rapport sur les indicateurs de la sécurité des patients de l'Organisation de coopération et de développement économiques⁷
2010	Lancement par l'ICIS du Système national de déclaration des accidents et incidents
2012	- Une étude canadienne sur les événements indésirables chez les patients pédiatriques révèle que 9,2 % des enfants hospitalisés au Canada subissent un événement indésirable³ - Une étude de l'ICSP estime que le fardeau économique des incidents préjudiciables évitables chez les patients en soins de courte durée représente 397 millions de dollars par année⁸
2013	Une étude sur les événements indésirables à domicile révèle que 4,2 % des patients qui reçoivent des soins à domicile subissent un événement indésirable; on estime que 56 % de ces événements auraient pu être évités⁹
2015	Les progrès réalisés sur le plan de la sécurité des patients sont décrits dans le document <i>Beyond the Quick Fix: Strategies for Improving Patient Safety</i>¹⁰
2016	Présentation par l'ICIS et l'ICSP d'une nouvelle méthode de mesure des préjudices à l'hôpital liée à des ressources d'amélioration

Il y a effectivement lieu de s'inquiéter. Selon les données recueillies dans le cadre de la présente étude, au moins 138 000 hospitalisations distinctes ont donné lieu à un préjudice aux patients au Canadaⁱ en 2014-2015. De ces hospitalisations une sur 5 a été associée à plus d'un événement préjudiciable. On estime que chaque jour, au Canada, plus de 1 600 lits d'hôpital sont occupés par des patients qui ont subi un préjudice ayant entraîné un séjour prolongé à l'hôpital. Outre les répercussions sur les patients et leur famille, la nécessité de poursuivre les traitements a un coût à l'échelle du système, au sens où elle empêche d'autres personnes d'obtenir les soins dont elles ont besoin.

L'intérêt croissant pour la sécurité des patients incite les dirigeants du système de santé et les dispensateurs de soins à prendre des mesures décisives. Or, ils ne peuvent agir sans être bien informés de l'ampleur de la situation, c'est-à-dire les types de problèmes liés à la sécurité, leur fréquence et les préjudices qu'ils entraînent. Munis d'une telle information, les dirigeants peuvent établir des priorités en matière de sécurité et générer des améliorations au point de service. Cette information doit aussi être mise à jour périodiquement pour que les dirigeants puissent déterminer si les problèmes de sécurité des patients sont maîtrisés et si les efforts déployés pour améliorer la qualité des soins ont l'effet escompté.

L'information sur la sécurité des patients mise à la disposition des dirigeants du système de santé est limitée. Par exemple, aucune mesure distincte ne permet de brosser un portrait général des événements préjudiciables dans les hôpitaux canadiens. L'examen des dossiers, sur lequel s'est appuyée l'étude canadienne sur les événements indésirables, est réputé être la méthode par excellence pour cibler les événements préjudiciables. Il s'agit toutefois d'un processus coûteux qu'il est difficile d'exécuter assez régulièrement pour dégager des tendances. Certaines provinces obligent les hôpitaux à déclarer des mesures précises (p. ex. les infections à *C. difficile*)¹¹. Ces mesures sont importantes, mais leur portée est restreinte. Elles ne donnent pas une vue d'ensemble de la sécurité des patients. Certains hôpitaux font un suivi des mesures de la qualité liées à des éléments précis de projets d'amélioration de la qualité des soins, mais ces mesures ne rendent compte que d'une partie de la situation. Par ailleurs, plusieurs provinces déclarent des données sur les incidents touchant la sécurité des patients dans le Système national de déclaration des accidents et des incidents. Toutefois, la déclaration étant souvent facultative, les dirigeants du système de santé ne saisissent peut-être pas la véritable ampleur des problèmes touchant la sécurité des patients.

i. Les données du Québec et les données sur certains patients en santé mentale sont exclues en raison de difficultés d'ordre méthodologique. Consultez le rapport technique pour obtenir des précisions.

Les dirigeants du système de santé ont besoin de renseignements de qualité sur la sécurité des patients. Depuis 2011, l'ICIS et l'ICSP travaillent de concert afin de répondre à ce besoin. Ils ont donc élaboré une méthodologie permettant de saisir les préjudices subis à l'hôpital, qui jette les bases d'une nouvelle mesure que l'on désignera sous le nom d'indicateur Préjudices à l'hôpital. La méthodologie s'appuie sur les données administratives que les hôpitaux canadiens soumettent déjà périodiquement à l'ICIS. Ces données peuvent donc facilement être mises à jour sur une base régulière sans coûts additionnels ni exigences de déclaration supplémentaires pour les utilisateurs de telles données.

La déclaration de données en soi ne renforce pas la sécurité des patients. L'ICIS et l'ICSP ont donc couplé les préjudices associés à cette mesure à un ensemble de pratiques exemplaires fondées sur des données probantes visant à améliorer la sécurité des patients. Ils comptent ainsi favoriser la mise en place de changements qui amélioreront la sécurité des soins. Les ressources d'amélioration des préjudices à l'hôpital, décrites dans la deuxième partie du présent rapport, permettent de consulter facilement de l'information sur l'amélioration de la sécurité des patients. Les équipes peuvent ainsi se concentrer sur l'optimisation des soins aux patients plutôt que de chercher à combler leurs besoins.

Les données présentées ici, s'appuyant sur cette nouvelle façon de mesurer les préjudices à l'hôpital, donnent une vue d'ensemble pancanadienne des événements préjudiciables subis par les patients. Le rapport démontre surtout en quoi l'utilisation combinée des données sur les préjudices à l'hôpital et des ressources d'amélioration s'avère un outil puissant que tous les hôpitaux pourront mettre à profit pour améliorer la sécurité des patients.

Préjudices à l'hôpital : vue d'ensemble de la sécurité des patients

Définition

La mesure rend compte **des préjudices à l'hôpital que l'on définit comme des hospitalisations au cours desquelles au moins un préjudice involontaire s'est produit et aurait pu être évité par la mise en œuvre de pratiques exemplaires fondées sur des données probantes**. Le préjudice doit être survenu après l'admission et nécessiter un traitement au cours du même séjour à l'hôpitalⁱⁱ. La mesure ne vise pas à rendre compte des résultats attribuables à l'évolution naturelle d'une maladie. Notre définition du préjudice reflète la façon dont les patients comprennent le terme, ainsi qu'elle cadre avec la définition utilisée par l'OMS et l'IHI.

Le cadre conceptuel des préjudices à l'hôpital comprend 4 grandes catégories de préjudices : Affections liées aux soins de santé ou aux médicaments (p. ex. ulcères de décubitus), Infections liées aux soins de santé (p. ex. sepsies), Accidents chez les patients (p. ex. chutes) et Affections liées aux interventions (p. ex. lacération ou perforation). Les groupes cliniques ou types de préjudices qui figurent dans chacune de ces catégories sont liés à des pratiques exemplaires fondées sur des données probantes à des fins d'amélioration (voir la figure 2). Certains groupes cliniques figurent dans plusieurs catégories de préjudices, selon qu'ils sont associés ou non à une intervention. Par exemple, un traumatisme à la naissance découlant d'une césarienne ou d'un accouchement avec instrument serait classé dans la catégorie Affections liées aux interventions, alors qu'un traumatisme à la naissance lié à un accouchement sans instrument serait classé dans la catégorie Affections liées aux soins de santé ou aux médicaments.

Dans notre exemple de cas, Herbert a contracté une sepsie et une infection à C. difficile après son retour du centre de réadaptation. Selon la méthodologie présentée, ces 2 affections seraient classées dans la catégorie Infections liées aux soins de santé. Les affections présentes au moment de l'admission, par exemple l'infection des voies urinaires, ne seraient pas prises en compte.

ii. Le préjudice doit avoir été décelé avant la sortie et avoir nécessité un nouveau traitement, une modification du traitement ou un séjour prolongé à l'hôpital. Les données du Québec et les données sur certains patients en santé mentale sont exclues en raison de difficultés d'ordre méthodologique.

Il est important de préciser que la mesure ne couvre pas tous les événements préjudiciables qui surviennent à l'hôpital. Elle ne recueille que ceux qui font partie de l'un des 31 groupes cliniques. Ainsi, dans le cas d'Herbert, l'arrêt accidentel du médicament ne serait pas pris en compte. La section Limites, vers la fin du rapport, analyse en détail d'autres aspects importants de la méthodologie.

Tous les événements préjudiciables pris en compte dans les données étaient suffisamment importants pour nécessiter un traitement médical ou un séjour prolongé à l'hôpital. La gravité des préjudices visés par la méthodologie varie, allant d'événements sans grande conséquence, comme une infection des voies urinaires, à des traumatismes tels que des fractures ou des erreurs de médication entraînant de graves résultats défavorables. La mesure ne rend pas compte de la gravité du préjudice.

Enfin, bien que la méthodologie intègre uniquement les types de préjudices potentiellement évitables par la mise en œuvre de pratiques exemplaires fondées sur des données probantes, il n'y a aucun moyen de déterminer si un événement préjudiciable donné aurait pu être évité. Ainsi, de nombreuses mesures peuvent être prises pour réduire les blessures causées par une chute; mais malgré toutes les bonnes intentions, il est fort peu probable qu'on puisse arriver à éliminer tous les préjudices de ce type. Les données permettront toutefois de cerner les secteurs qui nécessitent des examens et des détails supplémentaires. L'analyse à l'échelle du groupe clinique permettra pour sa part de déterminer s'il est possible d'améliorer les soins.

Figure 2 Cadre conceptuel des préjudices à l'hôpital**Remarques**

SARM : *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline

ERV : entérocoque résistant à la vancomycine

Chaque événement préjudiciable est compté une seule fois par patient dans le cadre conceptuel des préjudices à l'hôpital, même si l'événement en question peut se classer dans plus d'un groupe clinique. Cela permet d'éviter toute surestimation des préjudices du fait que l'affection du patient serait classée dans plus d'un groupe clinique. Ainsi, une infection des voies urinaires à la suite d'une chirurgie est comptée dans le groupe clinique des infections des voies urinaires et non dans les infections postintervention.

Les infections au SARM ou aux ERV font toutefois exception à cette règle, car elles peuvent également être classées dans d'autres groupes cliniques. Si le patient subit plus d'un type d'événement préjudiciable (p. ex. une infection des voies urinaires et une chute), chaque événement est compté à l'échelle du groupe clinique respectif, mais n'est compté qu'une fois à l'échelle du taux global des préjudices à l'hôpital. Consultez le rapport technique pour obtenir des précisions.

La mesure des préjudices à l'hôpital fournit aux dirigeants de la santé un portrait global de la sécurité des patients au sein de leur organisme. Elle leur permet aussi d'analyser les données à l'échelle de chaque groupe clinique. Pour utiliser la mesure à des fins d'amélioration des soins, les dirigeants doivent collaborer directement avec les dispensateurs de soins de santé afin de comprendre les facteurs contextuels qui ont pu mener à des variations au chapitre de la prestation de soins sécuritaires au sein de leur organisme. Cette analyse leur permettra d'établir des priorités et de prendre des décisions concernant les ressources d'amélioration. En ayant une meilleure vue d'ensemble de la sécurité, les dirigeants peuvent établir un juste équilibre entre les décisions relatives à la sécurité et d'autres initiatives importantes visant à améliorer la qualité des soins et les résultats pour les patients.

Au bout du compte, pour améliorer les soins aux patients, il faut constamment déployer des efforts pour promouvoir une culture de la sécurité à tous les échelons des hôpitaux et des organismes de soins de santé. Pour accroître la sécurité des patients, il faut favoriser pleinement les pratiques exemplaires fondées sur des données probantes, c'est-à-dire les pratiques qui de toute évidence peuvent réduire les événements préjudiciables tels que les ulcères de décubitus, les infections ou les chutes. Bien que chaque hôpital ou organisme de soins de santé exerce ses propres activités d'amélioration de la sécurité, ils peuvent compter sur des organismes de réglementation, des bailleurs de fonds et des organismes provinciaux de qualité des soins.

Source des données

La méthodologie de l'indicateur Préjudices à l'hôpital a pour principal avantage d'utiliser les données sur les sorties des hôpitaux de soins de courte durée du Canada contenues dans la Base de données sur les congés des patients de l'ICISⁱⁱⁱ. Cette base de données bien établie est assujettie à des normes communes et bien définies de collecte de données et à des méthodes intégrées de vérification et de maintien de la qualité des données. En tant que base de données administratives, elle ne fournit pas le même niveau de détail que le dossier des patients. Toutefois, les données qu'elle recueille permettent de repérer les événements préjudiciables et le moment où ils se produisent. Par exemple, il est possible de déterminer si un événement s'est produit avant ou après l'admission, ou s'il s'est produit à la suite d'un traitement. Dans le cas de certains événements, notamment les incidents liés aux médicaments, on peut aussi cerner des facteurs contributifs. Pour en savoir plus sur les limites des données administratives, consultez la section Limites.

L'utilisation combinée des données sur les préjudices à l'hôpital et d'autres sources d'information — comme les rapports sur les incidents touchant la sécurité des patients, les sondages sur les expériences des patients, les données sur les mesures de prévention des infections et les [outils généraux de repérage](#) (indices qui, dans le dossier des patients, suggèrent qu'un événement préjudiciable s'est produit; document en anglais) — contribue à rendre les hôpitaux plus sécuritaires.

Consultez l'annexe A pour de plus amples renseignements sur la source des données et les mesures qui ont été prises pour assurer les qualités des données.

ⁱⁱⁱ. Les données du Québec et les données sur certains patients en santé mentale sont exclues en raison de difficultés d'ordre méthodologique. Consultez le rapport technique pour obtenir des précisions.

Étapes ayant mené à l'élaboration de la mesure des préjudices à l'hôpital

L'ICIS et l'ICSP ont d'abord discuté avec 5 des auteurs de l'étude canadienne sur les événements indésirables afin de conceptualiser la mesure qui permettrait aux hôpitaux d'évaluer la sécurité des soins qu'ils dispensent à leurs patients. D'autres étapes ont ensuite conduit à l'élaboration de la méthodologie, notamment les suivantes :

- dépouillement de la littérature afin de comprendre les efforts qui ont été déployés, et qui le sont encore, pour mesurer la sécurité des patients;
- mise à profit de l'expertise de l'équipe Qualité des données et de l'équipe Classification et Terminologies de l'ICIS pour s'assurer que tous les codes intégrés à la méthodologie définissent un préjudice subi par le patient;
- réalisation de 2 séries d'essais dans des hôpitaux précurseurs afin de recueillir des commentaires essentiels à l'élaboration du cadre conceptuel des préjudices à l'hôpital;
- consultations menées auprès du groupe consultatif technique de l'OMS afin de comparer les codes de la CIM-10-CA utilisés pour ses indicateurs de la sécurité des patients aux codes utilisés pour la présente mesure;
- mise en place d'un processus de Delphi modifié faisant appel à des cliniciens pour vérifier la validité apparente et la portée de la mesure, et s'assurer que celle-ci rend compte de préjudices potentiellement évitables;
- consultations menées auprès d'obstétriciens, de chirurgiens cardiaques et de chirurgiens généraux au sujet des groupes cliniques n'ayant pas fait consensus pendant l'application du processus Delphi;
- recherche approfondie dans la littérature pour vérifier les pratiques exemplaires fondées sur des données probantes associées à chaque groupe clinique;
- poursuite des consultations auprès des experts de la codification et de la classification pour peaufiner les définitions pour chaque groupe clinique;
- travaux complémentaires pour mieux comprendre la qualité des données (voir l'annexe A).

D'autres travaux devront être réalisés pour transformer la mesure des préjudices à l'hôpital en indicateur comparable. Les prochaines étapes comprennent la mise au point d'une méthodologie ajustée selon les risques qui rend compte des variations entre les groupes de patients.

Il se pourrait que les taux de préjudices à l'hôpital ne soient jamais nuls

La méthodologie cible certains événements préjudiciables considérés comme des « accidents évitables », c'est-à-dire des événements qui ne devraient en aucun cas se produire, que l'on peut prévenir en tout temps. La méthodologie rend également compte d'événements qui peuvent être atténués, mais pas complètement éliminés, puisque l'évolution naturelle de la maladie influe sur l'ampleur du préjudice subi par le patient.

Prenons par exemple un type de préjudice courant, les pneumonies par aspiration. Certains patients ont des problèmes de déglutition à la suite d'un AVC aigu. Il peut alors arriver que la nourriture passe accidentellement dans la trachée pour atteindre les poumons et provoquer une pneumonie¹². Parfois, il n'y a aucun moyen de l'éviter. Toutefois, les hôpitaux peuvent protéger les patients qui ont subi un AVC en évaluant systématiquement leur capacité à déglutir. Ils peuvent ensuite suivre des lignes directrices de pratique clinique fondées sur des données probantes à l'égard des patients à risque. Ces lignes directrices comprennent diverses stratégies, notamment offrir des bouchées plus petites, alterner les aliments solides et liquides, déterminer s'il est plus facile pour le patient d'avaler des liquides épaissis et éviter les médicaments qui assèchent la bouche ou altèrent la toux ou la déglutition¹³.

L'utilisation plus exhaustive des données devrait permettre de discerner dans quelle mesure les préjudices sont susceptibles d'être évités. Un établissement, par exemple, pourrait atteindre un jour un taux de pneumonies par aspiration beaucoup plus faible que celui de ses pairs grâce à la mise en place de pratiques exemplaires fondées sur des données probantes. Les résultats de cet établissement serviraient alors de point de référence pour ce type de préjudice. L'obtention d'un taux supérieur au seuil réalisable indiquerait qu'il y a possibilité de réduire le nombre de préjudices.

Événements préjudiciables dans les hôpitaux canadiens

Une hospitalisation sur 18 donne lieu à un préjudice

D'autres travaux devront être réalisés pour faire de la mesure des préjudices à l'hôpital un indicateur comparable. Toutefois, cette mesure a déjà produit un ensemble de données pancanadiennes de référence sur les préjudices que subissent les patients dans les hôpitaux. Comme il est expliqué ci-dessus, elle ne brosse pas un portrait global de la situation. Elle ne rend pas compte de tous les types de préjudices et sous-estime probablement l'ampleur des préjudices. N'empêche qu'elle donne un aperçu général de la sécurité des patients dans les hôpitaux canadiens et permet aux organismes de suivre l'évolution de la situation. La section qui suit présente les renseignements recueillis jusqu'à présent grâce à cette nouvelle méthode.

Plus de 138 000 hospitalisations — ou 5,6 % des hospitalisations au Canada^{iv} — ont donné lieu à au moins un préjudice en 2014-2015. Ceci représente environ une hospitalisation en soins de courte durée sur 18. Ce taux est constant depuis 3 ans. Bien que les définitions et les méthodologies utilisées ne soient pas directement comparables, le taux est inférieur à ceux présentés dans l'étude canadienne sur les événements indésirables et d'autres études subséquentes menées à l'étranger, notamment aux États-Unis, en Australie et en Espagne (voir le tableau 1)¹⁴⁻¹⁷.

iv. Les données du Québec et les données sur certains patients en santé mentale sont exclues en raison de difficultés d'ordre méthodologique.

Tableau 1 Études internationales sur les préjudices

Auteur	Description	Taux
Baker, et al., 2004 (Canada)²	L'étude canadienne sur les événements indésirables portait sur l'examen des dossiers de 20 hôpitaux de la Colombie-Britannique, de l'Alberta, de l'Ontario, du Québec et de la Nouvelle-Écosse. Les données ont été extrapolées afin de pouvoir calculer le taux national d'événements indésirables. Les patients en soins obstétricaux et en soins pédiatriques n'ont pas été pris en compte.	7,5 %
Jackson, et al., 2006 (Australie)¹⁴	Des données administratives ont servi à relever les événements indésirables qui se sont produits dans les hôpitaux publics et privés de Victoria, en Australie. Les chercheurs ont admis que les données administratives sous-estimaient probablement le taux d'événements indésirables.	8,3 %
ENEAS, 2006 (Espagne)¹⁵	Une étude rétrospective de cohorte a été menée auprès de 24 hôpitaux espagnols afin de calculer l'incidence d'événements indésirables.	8,4 %
Levinson, et al., 2010 (États-Unis)¹⁶	Des médecins ont examiné un échantillon aléatoire de dossiers de patients américains inscrits à Medicare afin de relever les événements indésirables.	13,5 %
Perla, et al., 2013 (États-Unis)¹⁷	Dans le cadre d'une étude d'une durée de 2 ans, des données administratives ont servi à évaluer l'incidence de 14 événements hautement indésirables dans 161 hôpitaux américains.	7,7 %

Les événements indésirables touchent tous les types de soins

Les données sur les préjudices à l'hôpital visent à appuyer les activités d'amélioration de la qualité et non à pointer du doigt. La plupart des soins sont dispensés dans un contexte où de nombreuses personnes, situations, actions et décisions s'entremêlent en vue de donner des résultats distincts. Les événements préjudiciables résultent de nombreux facteurs. Il incombe à tous les intervenants de chaque organisme de tirer des leçons de ces événements et de veiller à réduire les risques de préjudices^{10, 18}.

Des milliers de Canadiens vont à l'hôpital chaque année en raison d'une multitude de problèmes. Bien que les patients en soins médicaux soient près de 3 fois plus nombreux que les patients en soins chirurgicaux, le taux global de préjudices propre à chaque groupe est très semblable. Les patientes en soins obstétricaux et les nouveau-nés font toutefois exception, représentant chacun environ 12 % des hospitalisations et affichant un taux de préjudices plus faible que les autres patients (voir le tableau 2). La façon dont les préjudices sont répartis entre les groupes de patients démontre qu'il faut trouver des façons d'améliorer la sécurité dans tous les secteurs des hôpitaux.

Tableau 2 Taux d'événements préjudiciables par profil de patients

Profil de patients	Proportions de tous les patients admis	Taux de préjudices
Soins chirurgicaux*	19,8 %	7,6
Soins médicaux	56,6 %	6,2
Soins obstétricaux	11,7 %	4,2
Nouveau-nés	11,9 %	1,0

Remarques

* Les patients en soins chirurgicaux ont subi une intervention dans une salle d'opération principale dans les 24 heures suivant l'admission.

Les données du Québec et les données sur certains patients en santé mentale sont exclues en raison de difficultés d'ordre méthodologique.

Source

Base de données sur les congés des patients, 2014-2015, Institut canadien d'information sur la santé.

Les patients subissent divers types de préjudices

Le cadre conceptuel des préjudices à l'hôpital (figure 2) intègre 4 catégories de préjudices qui correspondent à celles de la Classification internationale pour la sécurité des patients de l'OMS¹ :

- **Affections liées aux soins de santé ou aux médicaments**
 - Préjudices associés à la prestation de soins généraux ou à l'administration de médicaments pendant le séjour à l'hôpital
- **Infections liées aux soins de santé**
 - Infections qui se produisent durant le séjour à l'hôpital, notamment celles liées ou faisant suite à une intervention médicale ou chirurgicale
- **Accidents chez les patients**
 - Lésions traumatiques subies pendant le séjour à l'hôpital (p. ex. fractures, luxations, brûlures) à la suite d'un accident, et qui ne sont pas directement liées à une intervention médicale ou chirurgicale

- **Affections liées aux interventions**

- Incidents vécus par les patients au cours d'interventions médicales et chirurgicales
- Accidents associés à l'utilisation d'appareils médicaux pour le diagnostic et l'usage thérapeutique
- Réactions anormales aux interventions chirurgicales ou médicales ou complications de telles interventions

Comment compter les événements préjudiciables?

Le préjudice n'est compté qu'une seule fois par échelon du cadre conceptuel. Par exemple, si plus d'un événement préjudiciable se produit au cours d'une hospitalisation, chaque événement est saisi à l'échelle de son groupe clinique. Toutefois, si ces événements font partie d'une même catégorie de préjudices, ils ne comptent que pour un seul événement au sein de cette catégorie.

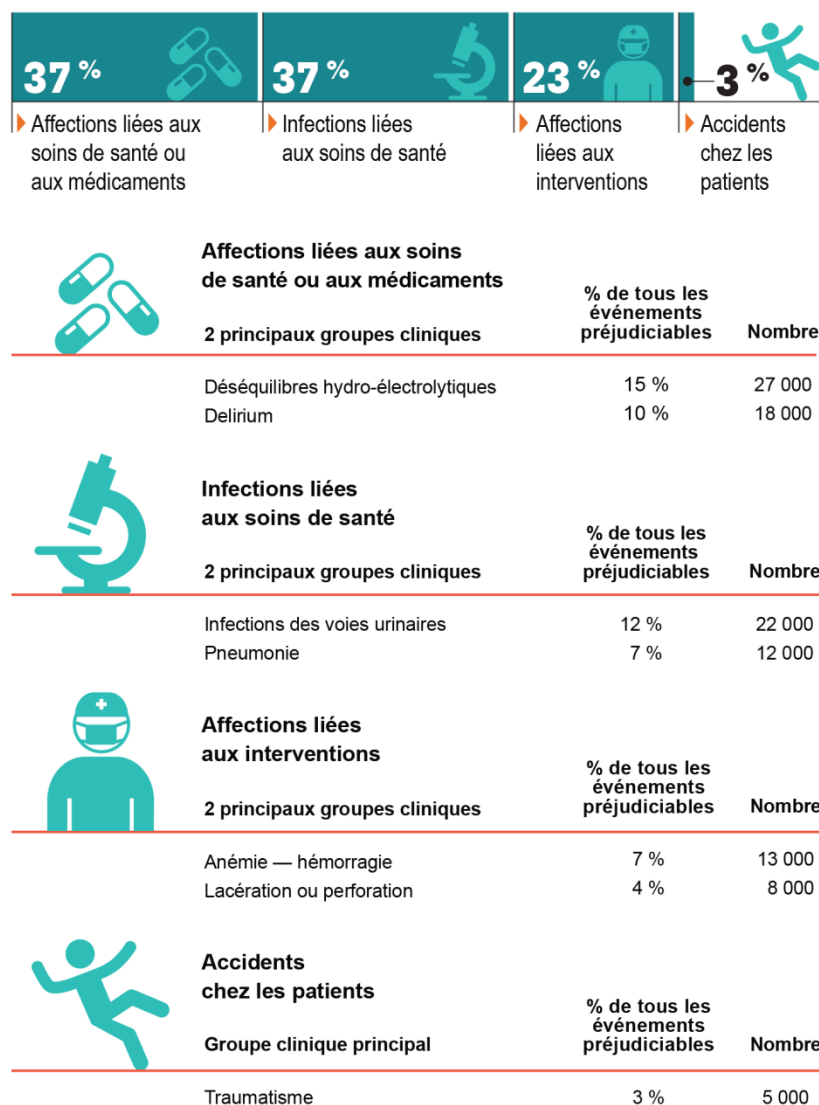
Préjudices à l'hôpital : taux d'hospitalisations au cours desquelles au moins un événement préjudiciable s'est produit.

Catégorie : nombre d'hospitalisations au cours desquelles au moins un événement préjudiciable s'est produit dans cette catégorie.

Groupe clinique : nombre d'hospitalisations au cours desquelles au moins un événement préjudiciable s'est produit dans ce groupe clinique.

Dans le cas d'Herbert, la sepsie et l'infection à C. difficile sont comptées une fois à l'échelle de chaque groupe clinique, mais puisqu'elles font toutes 2 parties de la catégorie Infections liées aux soins de santé, elles ne comptent qu'une seule fois à l'échelle de la catégorie. Ainsi, 2 événements préjudiciables de même catégorie se sont produits au cours de l'hospitalisation d'Herbert, mais il n'y a eu qu'un cas de préjudice à l'hôpital. La figure 3 présente la proportion de cas associée à chaque catégorie.

Figure 3 Répartition des événements préjudiciables par catégorie de préjudices, 2014-2015



Remarques

Le pourcentage indiqué pour les groupes cliniques représente la proportion d'affections par rapport à l'ensemble des événements préjudiciables. Le pourcentage indiqué pour les catégories de préjudices représente la proportion d'hospitalisations au cours desquelles au moins un événement préjudiciable s'est produit au sein de la catégorie.

Les données du Québec et les données sur certains patients en santé mentale sont exclues en raison de difficultés d'ordre méthodologique.

Source

Base de données sur les congés des patients, 2014-2015, Institut canadien d'information sur la santé.

Aucune catégorie ne regroupe la majorité des événements. En 2014-2015, les événements préjudiciables les plus courants se classaient dans les catégories Infections liées aux soins de santé (37 %) et Affections liées aux soins de santé ou aux médicaments (37 %). Venaient ensuite les affections liées aux interventions (23 %), et en dernier lieu les Accidents chez les patients (3 %).

Ce que nous savons des événements préjudiciables liés aux médicaments

Les préjudices liés à l'administration de médicaments figurent parmi les événements préjudiciables les plus fréquents à l'hôpital^{19, 20}. Or, certains de ces préjudices ne sont pas pris en compte dans la mesure, notamment ceux qui n'ont pas été enregistrés comme des événements ayant touché les patients. Les données sur les préjudices à l'hôpital liés aux médicaments rendent compte de 2 types d'événements :

- Les réactions involontaires résultant de l'administration appropriée de médicaments, qui sont classées dans divers groupes cliniques. Par exemple, si une dose appropriée d'insuline entraîne un effet indésirable chez le patient, elle figurera dans le groupe Altération de la glycémie avec complications.
- Les erreurs relatives à la posologie ou à l'administration d'un médicament. Ces erreurs sont classées dans le groupe clinique Incidents médicamenteux (p. ex. l'administration inappropriée d'insuline).

Le Système national de déclaration des accidents et incidents (SNDAI) est une base de données hébergée par l'ICIS. Il recueille un vaste ensemble de données sur les incidents médicamenteux, y compris les accidents évités de justesse, les événements déclarables, les facteurs contributifs et la gravité du préjudice, afin de mettre les données en contexte.

Les données du SNAI servent à orienter les activités d'amélioration de la qualité à l'échelle nationale et locale. Quelques faits tirés de ces données :

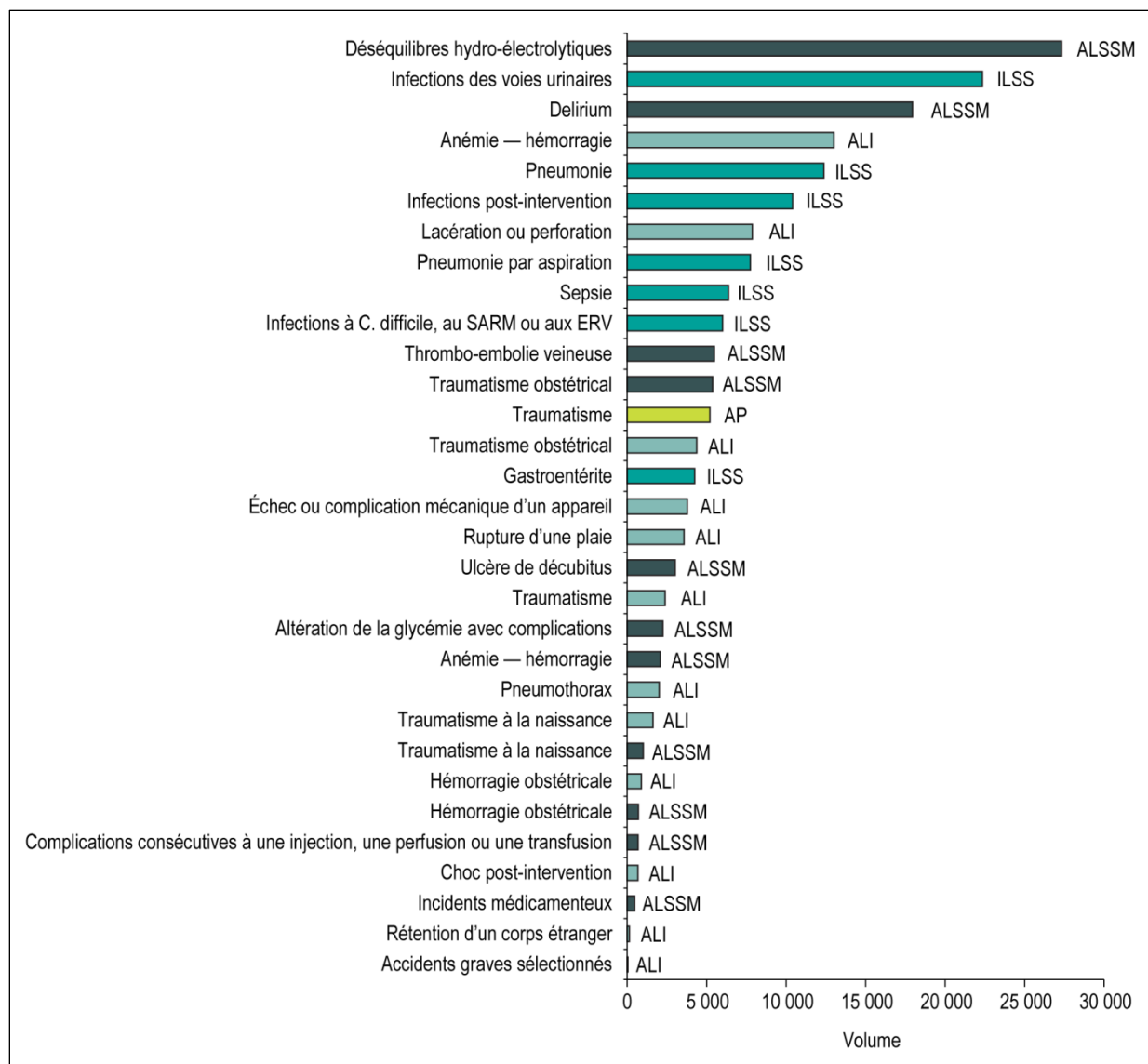
- 15 % des incidents déclarés entraînent un certain niveau de préjudice au patient.
- Les 3 produits pharmaceutiques les plus souvent associés à des incidents déclarés sont
 - l'insuline (9 %). De tels incidents pourraient figurer dans la catégorie Altération de la glycémie avec complications, dans le cadre;
 - le chlorhydrate d'hydromorphone (7 %). De tels incidents pourraient figurer dans le groupe clinique Delirium;
 - l'héparine (4 %). De tels incidents pourraient figurer parmi les événements saisis sous Anémie — hémorragie ou sous Complications consécutives à une injection, une perfusion ou une transfusion.
- 27 % des incidents déclarés sont associés à des « distractions ou interruptions », soit les facteurs contributifs les plus souvent signalés.

Le nombre d'incidents médicamenteux pris en compte dans la mesure des préjudices à l'hôpital, soit 475 cas en 2014-2015, est faible comparativement au nombre d'événements qu'affichent d'autres groupes cliniques, ce qui peut donner l'impression que la médication ne soulève pas de problèmes sur le plan des préjudices à l'hôpital. À l'échelle de tous les groupes cliniques de la catégorie Affections liées aux soins de santé ou aux médicaments, ce sont les groupes Déséquilibres hydro-électrolytiques, Delirium et Thrombo-embolie veineuse qui affichent les taux d'événements les plus élevés; ces 3 affections peuvent être liées à des pratiques de médication²¹⁻²³. Cela dit, puisque les cas saisis dans ces groupes ne supposent pas nécessairement une administration ou une posologie inadéquate, ils ne sont pas comptés dans les incidents médicamenteux.

La figure 4 montre la répartition des événements préjudiciables saisis dans chaque groupe clinique. Les 5 groupes cliniques les plus courants, qui représentent 51 % des événements préjudiciables, sont les suivants : Déséquilibres hydro-électrolytiques, Infections des voies urinaires, Delirium, Anémie — hémorragie et Pneumonie.

Un faible pourcentage des cas (moins de 1 %) se retrouvent dans les groupes cliniques Rétention d'un corps étranger et Accidents graves sélectionnés. Bon nombre de ces cas correspondent à des événements qui ne devraient jamais arriver²⁴, c'est-à-dire des événements qui donnent lieu à de graves préjudices ou à la mort, et qui peuvent être évités à l'aide de contrôles et de vérifications appropriés. En 2015, le Consortium national de sécurité des patients a produit le rapport *Les événements qui ne devraient jamais arriver dans les soins hospitaliers au Canada*²⁴. Les événements visés comprennent entre autres les interventions chirurgicales au mauvais endroit et l'oubli d'un corps étranger après une intervention chirurgicale. Dans bien des cas, ces événements sont comptés dans les préjudices à l'hôpital. La mesure ne tient pas compte de certains événements non liés à la prestation de soins cliniques, par exemple un nourrisson enlevé ou confié à la mauvaise personne au moment de la sortie.

Les hôpitaux doivent mettre en place des pratiques exemplaires fondées sur des données probantes afin de prévenir les événements qui ne devraient jamais se produire (p. ex. compter le nombre d'instruments à la fin de la chirurgie afin de s'assurer que rien n'a été oublié dans le corps du patient). Ils doivent aussi faire un suivi pour évaluer l'efficacité de ces pratiques. Leur démarche d'amélioration de la sécurité doit toutefois être équilibrée. S'ils se concentrent uniquement sur ce sous-ensemble d'événements préjudiciables très graves, ils risquent de ne pas saisir les occasions qui s'offrent à eux de prévenir des événements moins graves, mais plus fréquents.

Figure 4 Répartition des événements préjudiciables par groupe clinique**Remarques**

ALSSM : Affections liées aux soins de santé ou aux médicaments.

ILSS : Infections liées aux soins de santé.

AP : Accidents chez les patients.

ALI : Affections liées aux interventions.

Les données du Québec et les données sur certains patients en santé mentale sont exclues en raison de difficultés d'ordre méthodologique.

Source

Base de données sur les congés des patients, 2014-2015, Institut canadien d'information sur la santé.

Certains patients subissent plus d'un événement préjudiciable à l'hôpital

Certains patients subissent plus d'un préjudice durant leur séjour à l'hôpital. Parmi les 138 000 hospitalisations au cours desquelles un événement préjudiciable s'est produit, 30 000 hospitalisations — soit une hospitalisation sur 5 — ont donné lieu à plus d'un préjudice. De manière générale, aucune tendance marquée n'a été dégagée quant à la nature de ces événements simultanés. Dans la plupart des cas, toutefois, les événements simultanés incluaient les types de préjudices les plus fréquents, à savoir les infections des voies urinaires, les sepsies, le delirium, les déséquilibres hydro-électrolytiques ou les pneumonies. Les données administratives ne permettent pas de déterminer si les événements sont systématiquement liés (p. ex. l'infection des voies urinaires a-t-elle déclenché le delirium?). Il se peut que ces événements aient été observés simultanément simplement parce qu'ils sont fréquents. La seule chose dont on est parfaitement sûr c'est qu'ils se sont produits au cours du même séjour à l'hôpital.

Les cas complexes sont exposés à un risque plus élevé de préjudices

Les cas complexes désignent les patients qui présentent des affections concomitantes (appelées comorbidités) en plus de l'affection qui a entraîné l'hospitalisation, ou les patients qui sont suivis par plusieurs types de médecins. Pour les besoins de la présente analyse, une note de complexité a été attribuée à tous les patients, lesquels ont ensuite été classés en fonction de la complexité de leur cas (élevée, moyenne, faible). Une note de 4 et plus correspond aux cas très complexes, une note de 2 ou 3, aux cas moyennement complexes et une note de 1, aux cas peu complexes. Selon cette mesure, environ 10 % des patients représentent un cas très complexe, et un de ces patients sur 5 subit un préjudice au cours de son séjour à l'hôpital.

Les patients en soins médicaux affichent un taux de préjudices moins élevé que les patients en soins chirurgicaux, quelle que soit la complexité des cas. Les patients en soins médicaux sont toutefois associés à un plus grand nombre d'événements préjudiciables puisqu'ils sont plus nombreux que les patients en soins chirurgicaux (figure 5)^v.

v. Les patientes en soins obstétricaux et les nouveau-nés ont été exclus de cette analyse, puisqu'il s'agit d'un groupe de patients distinct et de cas peu complexes pour la plupart.

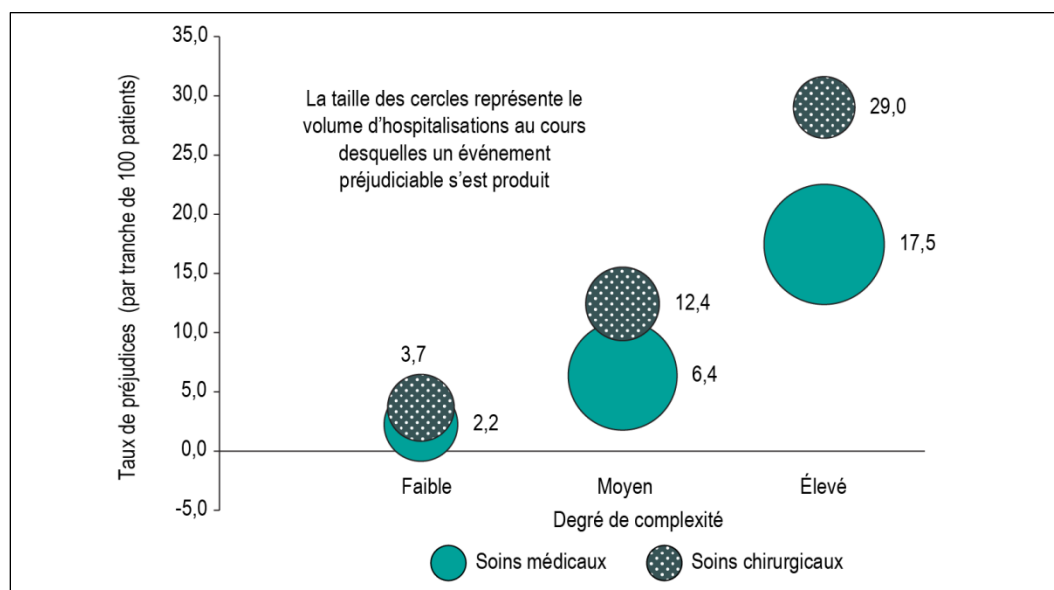
Qu'entend-on par cas complexe?

Pour les besoins de la présente étude, le degré de complexité a été établi en fonction du nombre d'affections concomitantes (comorbidités) au moment de l'admission à l'hôpital et du nombre de médecins à dispenser des soins au patient dans des champs de pratique différents. Par exemple, si un chirurgien orthopédiste réalise une arthroplastie de la hanche chez un patient atteint d'arthrose, il s'agit d'un cas peu complexe puisqu'un seul dispensateur a fourni des soins au patient et qu'aucune comorbidité n'a été signalée. Si un patient atteint de démence est hospitalisé en raison d'un arrêt cardiaque, puis traité à l'hôpital par un cardiologue et un omnipraticien, il s'agit alors d'un cas plus complexe.

Les données n'indiquent pas si les patients ont été suivis par plusieurs médecins en raison de la nature de leur affection ou en raison d'un événement préjudiciable.

Le rapport technique contient des précisions à ce sujet.

Figure 5 Taux d'événements préjudiciables (au moins un) chez les patients en soins médicaux et les patients en soins chirurgicaux selon la complexité des cas



Remarques

Les cas ont été classés en fonction du degré de complexité, soit faible (note de 1), moyen (note de 2 ou 3) ou élevé (note de 4 et plus). Consultez les sections « Les cas complexes sont exposés à un risque plus élevé de préjudices » et « Qu'entend-on par cas complexe? » pour obtenir des précisions sur l'attribution des notes de complexité. Les patientes en soins obstétricaux et les nouveau-nés ont été exclus de cette analyse, puisqu'il s'agit d'un groupe de patients distinct et de cas peu complexes pour la plupart.

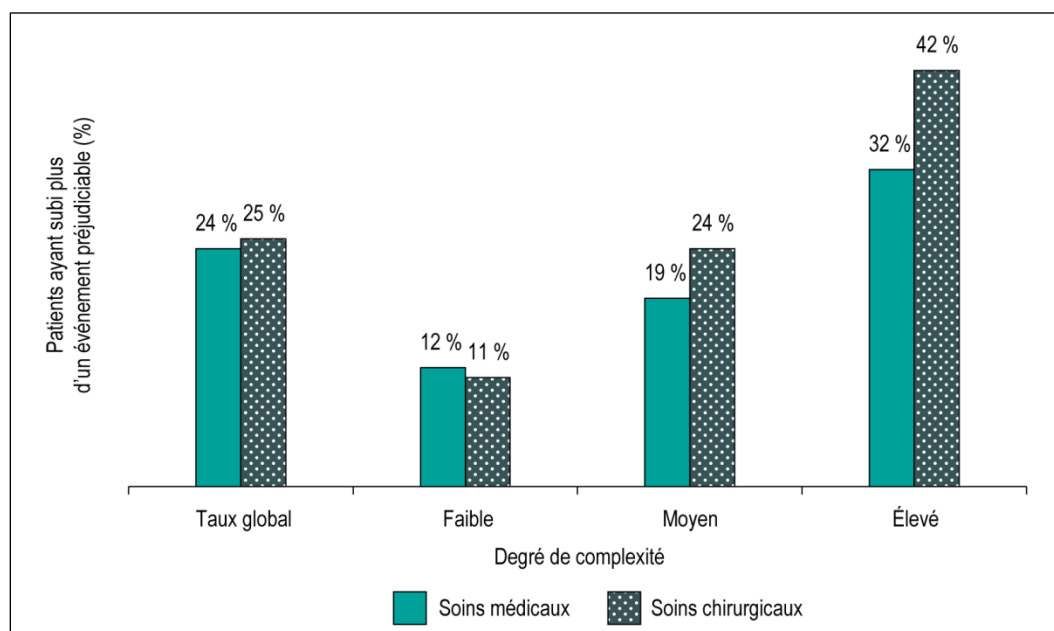
Les données du Québec et les données sur certains patients en santé mentale sont exclues en raison de difficultés d'ordre méthodologique.

Source

Base de données sur les congés des patients, 2014-2015, Institut canadien d'information sur la santé.

Les patients qui affichaient une complexité élevée étaient plus susceptibles de subir un préjudice, ainsi que plus susceptibles de subir plusieurs préjudices. Parmi tous les patients qui ont subi des préjudices, ceux qui affichaient une complexité élevée étaient de 3 à 4 fois plus susceptibles de subir plusieurs préjudices que ceux dont la complexité était faible (voir la figure 6).

Figure 6 Taux d'événements préjudiciables multiples chez les patients en soins médicaux et les patients en soins chirurgicaux ayant subi des préjudices, selon la complexité des cas



Remarques

Les cas ont été classés en fonction du degré de complexité, soit faible (note de 1), moyen (note de 2 ou 3) ou élevé (note de 4 et plus). Consultez les sections « Les cas complexes sont exposés à un risque plus élevé de préjudices » et « Qu'entend-on par cas complexe? » pour obtenir des précisions sur l'attribution des notes de complexité. Les patientes en soins obstétricaux et les nouveau-nés ont été exclus de cette analyse, puisqu'il s'agit d'un groupe de patients distinct et de cas peu complexes pour la plupart.

Les données du Québec et les données sur certains patients en santé mentale sont exclues en raison de difficultés d'ordre méthodologique.

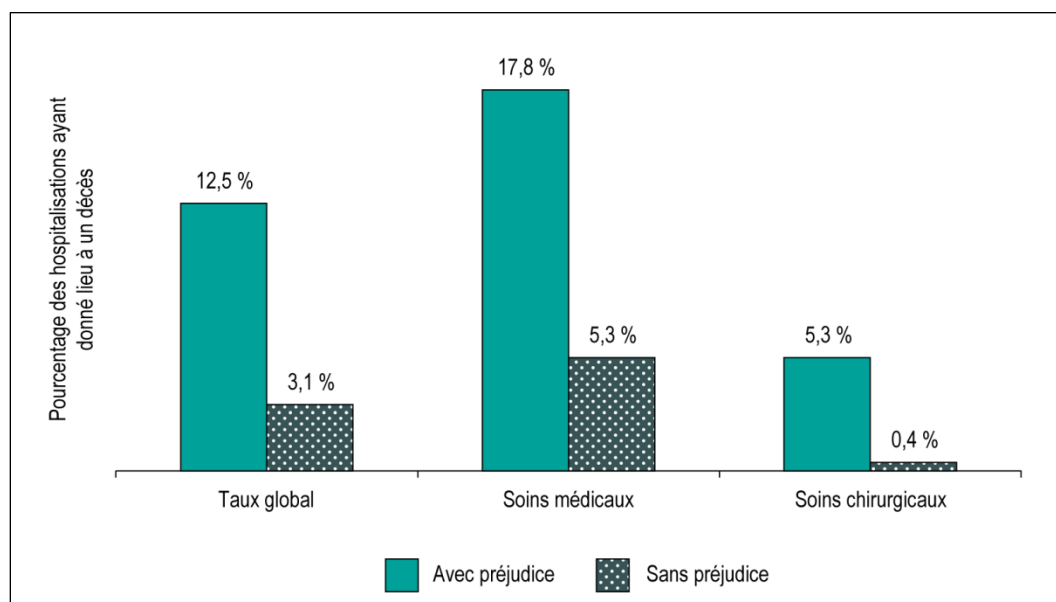
Source

Base de données sur les congés des patients, 2014-2015, Institut canadien d'information sur la santé.

Une hospitalisation sur 8 au cours de laquelle s'est produit un événement préjudiciable se solde par un décès

Les événements préjudiciables peuvent causer de graves maladies, voire la mort. Toutefois, les données administratives ne permettent pas d'établir un lien de causalité entre le préjudice et le décès. Le décès peut être attribuable à l'événement préjudiciable comme à la présence d'affections complexes exposant le patient à un risque accru de décès. Cela dit, les patients qui subissent un préjudice affichent un taux de mortalité plus élevé que ceux qui n'en subissent pas (figure 7). En 2014-2015, 17 300 patients (12,5 %) ayant subi au moins un préjudice au cours de leur hospitalisation sont morts à l'hôpital. Ce taux de mortalité est 4 fois plus élevé que celui observé chez les patients qui n'ont pas subi de préjudices (3,1 %). Tous les degrés de complexité confondus, les taux de mortalité sont plus élevés chez les patients qui ont subi un préjudice que chez les autres. De manière générale, les patients en soins médicaux présentent un risque de décès plus élevé que les patients en soins chirurgicaux, qu'ils aient subi un préjudice ou non.

Figure 7 Taux de décès à l'hôpital chez les patients en soins médicaux et les patients en soins chirurgicaux, avec et sans préjudice



Remarques

Les patientes en soins obstétricaux et les nouveau-nés sont pris en compte dans les taux globaux, mais ne font pas l'objet d'une déclaration distincte, puisque les décès sont rares dans ces groupes de patients.

Les données du Québec et les données sur certains patients en santé mentale sont exclues en raison de difficultés d'ordre méthodologique.

Source

Base de données sur les congés des patients, 2014-2015, Institut canadien d'information sur la santé.

La réduction des préjudices permettra d'affecter des ressources à des besoins non comblés

Les préjudices peuvent avoir une incidence considérable sur les patients et leurs familles. Au-delà des lésions physiques, ils peuvent avoir des répercussions affectives, mentales et sociales sur toutes les personnes touchées. Sur le plan économique, les préjudices peuvent empêcher les patients et leurs familles d'aller travailler, entraînant des pertes de revenus pour la collectivité et les particuliers. Leur effet va plus loin : il est extrêmement stressant pour le personnel de voir un patient souffrir en raison des soins qu'il a reçus. Les préjudices influent par ailleurs défavorablement sur l'ensemble du système de santé puisqu'ils intensifient l'utilisation des ressources. Selon les données sur les préjudices à l'hôpital, les patients ayant subi un préjudice auraient passé plus de 500 000 jours additionnels dans un lit d'hôpital en 2014-2015. Les lits ne pouvaient donc pas être mis à la disposition d'autres patients ces jours-là. Cela équivaut à plus 1 600 lits par jour ou à environ 4 hôpitaux de grande taille.

Les soins supplémentaires dispensés aux patients qui subissent un événement préjudiciable occasionnent par ailleurs des coûts. On estime que les coûts hospitaliers (honoraires des médecins exclus) associés aux événements préjudiciables ont représenté des dépenses **additionnelles** de 685 millions de dollars^{vi} en 2014-2015, ce qui représente 1 % des dépenses hospitalières totales au Canada (estimées à 63,6 milliards de dollars en 2014). Une hospitalisation sur 41 (2,4 %) donne lieu à des infections nosocomiales, une cause majeure de préjudices. Des 685 millions de dollars mentionnés plus haut, 281 millions de dollars (ou 41 % des dépenses totales) sont associés à des infections liées aux soins de santé. L'éradication des infections est peu probable, mais des données probantes révèlent que bon nombre d'entre elles pourraient être évitées²⁵.

Autre fait notable, les dépenses additionnelles de 685 millions de dollars concernent uniquement les soins de courte durée. Les soins de suivi après la sortie ou la réadmission des patients peuvent également occasionner des frais. Il n'est pas raisonnable de croire que toutes les dépenses supplémentaires associées aux préjudices puissent être recouvrées. Tout pourcentage d'économie, aussi infime soit-il, permettrait toutefois d'affecter des fonds à d'autres demandes de soins.

vi. Ce chiffre exclut environ 10 % des patients ayant subi un préjudice, soit les patients dont les cas étaient atypiques (p. ex. à séjour prolongé) et pour lesquels il n'était pas possible d'établir un coût comparable. Une analyse de régression a permis de calculer les coûts additionnels en tenant compte des comorbidités, de l'âge, des interventions onéreuses et d'autres facteurs. Consultez le rapport technique pour obtenir de plus amples renseignements.

Que faire pour améliorer la sécurité des patients?

Des pratiques cliniques fondées sur des données probantes pour réduire les préjudices : travailler ensemble à la sécurité des soins

Pour que les événements préjudiciables soient inclus dans la mesure, ils devaient pouvoir être évités par la mise en place de pratiques exemplaires fondées sur des données probantes (des exemples sont présentés dans le tableau 3 ci-dessous). Comme il a été mentionné plus tôt, il n'est pas raisonnable de croire que tous les préjudices découlant des soins peuvent être éradiqués. Toutefois, l'adoption des pratiques exemplaires fondées sur des données probantes mentionnées plus loin peut réduire la fréquence des préjudices. Elle peut aussi favoriser une meilleure sensibilisation globale aux problèmes de sécurité des patients et un renforcement des efforts déployés pour les atténuer.

Le [répertoire des ressources d'amélioration des préjudices à l'hôpital](#) a pour objectif d'aider les hôpitaux à améliorer les soins. Il décrit les activités que les cliniciens et les gestionnaires peuvent exercer pour améliorer la sécurité. Il fournit également des conseils sur l'utilisation des données pour l'amélioration des soins. L'élaboration des ressources d'amélioration repose sur un examen approfondi de la littérature, sur des consultations menées auprès des conseillers de l'ICSP et sur une évaluation par des experts cliniques.

Les ressources d'amélioration portent sur tous les groupes cliniques qui figurent dans le cadre conceptuel des préjudices à l'hôpital. Elles proposent, pour chacun d'entre eux, des pratiques exemplaires fondées sur des données probantes qui permettent de réduire le risque de préjudices ainsi que des mesures pour améliorer les résultats et les processus. Elles présentent aussi des cas, des exemples de réussites et les pratiques organisationnelles requises d'Agrément Canada associées à chaque groupe clinique. Des ressources supplémentaires donnent par ailleurs des précisions sur les pratiques exemplaires fondées sur des données probantes.

Les ressources d'amélioration seront mises à jour périodiquement, à mesure que de nouveaux outils, de nouvelles approches et de nouvelles pratiques exemplaires fondées sur des données probantes seront élaborés.

Qu'entend-on par pratique exemplaire fondée sur des données probantes?

La prestation de soins de grande qualité suppose généralement le recours à des médicaments, à des traitements, à des interventions, à des services et à des appareils précis, dont l'efficacité a été vérifiée au terme d'activités de recherche (essais aléatoires, méta-analyses et autres méthodes). Ils font souvent l'objet d'une description dans les lignes directrices de pratique clinique visant la prise en charge d'une affection donnée.

Par exemple, des recherches ont démontré qu'on peut réduire les ulcères de décubitus chez les patients hospitalisés en instaurant des mesures telles que le repositionnement fréquent du patient et l'optimisation de l'alimentation et de l'hydratation²⁶. Elles ont également révélé que certaines stratégies — comme définir et traiter les causes sous-jacentes, évaluer quotidiennement la sédation, exposer des calendriers et des horloges à la vue et encourager les visites — pouvaient réduire le delirium²⁷.

Mesures visant à réduire les événements préjudiciables

Le tableau ci-dessous présente des pratiques exemplaires fondées sur des données probantes qui se sont avérées utiles pour réduire les préjudices associés à certains groupes cliniques du cadre conceptuel des préjudices à l'hôpital. Consultez les [ressources d'amélioration](#) pour obtenir tous les détails.

Tableau 3A Exemples de mesures visant à réduire les préjudices dans la catégorie **Affections liées aux soins de santé ou aux médicaments**

Type de préjudice	Description	Exemples de pratiques exemplaires fondées sur des données probantes
Delirium	Perturbation temporaire de la conscience accompagnée d'une modification de la cognition	Élaborer un protocole normalisé de prévention ou de prise en charge du delirium, notamment définir et traiter les causes sous-jacentes; adopter des stratégies non pharmacologiques, comme la mobilisation précoce, et des stratégies environnementales, comme une exposition à la lumière du jour; réévaluer la sédation tous les jours
Thrombo-embolie veineuse (TEV)	Embolie, thrombose, phlébite ou thrombophlébite de la veine pulmonaire ou d'autres veines (à l'exclusion des veines superficielles)	Évaluer le risque de TEV; dispenser une thromboprophylaxie (anticoagulants ou, s'il y a contre-indication, prophylaxie mécanique); réévaluer le patient s'il y a changement marqué dans son état et lors d'une transition des soins
Ulcère de décubitus	Ulcère de décubitus de tout stade diagnostiqué au cours d'un séjour à l'hôpital	Procéder à une évaluation systématique à l'admission; inspecter la peau tous les jours; procéder à une évaluation systématique et quotidienne du risque; gérer l'humidité de la peau; limiter la pression, la friction et le cisaillement; optimiser l'alimentation et l'hydratation; utiliser des dispositifs de répartition de la pression; éviter le massage de la peau
Incidents médicamenteux	Incidents liés à l'administration du mauvais médicament ou d'une dose inadéquate	Effectuer une auto-évaluation de l'utilisation sécuritaire des médicaments à l'échelle de l'organisme (en anglais) ; instaurer des processus de bilans comparatifs et d'utilisation sécuritaire des médicaments à haut risque; améliorer les processus fondamentaux relatifs à la prescription et à l'administration des médicaments ainsi qu'à l'exécution des ordonnances

Tableau 3B Exemples de mesures visant à réduire les préjudices dans la catégorie **Infections liées aux soins de santé**

Type de préjudice	Description	Exemples de pratiques exemplaires fondées sur des données probantes
Infections des voies urinaires	Infections des voies urinaires diagnostiquées au cours d'un séjour à l'hôpital	Infections des voies urinaires associées à une sonde : évaluer le risque; utiliser la technique appropriée pour l'insertion de la sonde; assurer le bon fonctionnement des sondes à demeure; procéder à un examen quotidien des sondes; établir un protocole de prise en charge de la rétention urinaire post-opératoire
Infections postintervention	Infections liées à une intervention médicale ou chirurgicale	Infections du site opératoire : fournir un traitement antimicrobien péri-opératoire, y compris l'utilisation appropriée d'antibiotiques prophylactiques et d'une prophylaxie antiseptique; épiler le patient de façon appropriée; maintenir un équilibre glycémique et une normothermie péri-opératoires
Pneumonie	Pneumonie diagnostiquée au cours d'un séjour à l'hôpital, à l'exclusion des pneumonies par aspiration	Pneumonie liée aux soins de santé : sensibiliser le personnel et le faire intervenir dans la prévention des infections; nettoyer, stériliser ou désinfecter l'équipement, les dispositifs et le milieu environnant, et en assurer l'entretien; vacciner le personnel et les patients à risque élevé (p. ex. vaccin antigrippal); favoriser des exercices de respiration profonde et des techniques ambulatoires; isoler les patients infectés comme il se doit
Pneumonie par aspiration	Inflammation et infection des poumons causées par l'aspiration de substances solides ou liquides au cours d'un séjour à l'hôpital	Prévenir l'aspiration chez les adultes âgés atteints de dysphagie : offrir des bouchées plus petites; alterner les aliments solides et liquides; vérifier s'il est plus facile pour le patient d'avaler des liquides épaissis; éviter toute alimentation précipitée ou forcée; éviter les médicaments qui assèchent la bouche ou altèrent la toux ou la déglutition

Type de préjudice	Description	Exemples de pratiques exemplaires fondées sur des données probantes
Sepsie	Sepsie décelée au cours d'un séjour à l'hôpital, à l'exclusion de la sepsie du nouveau-né	Prévenir les infections des voies urinaires (associées ou non à une sonde), les infections liées aux cathéters centraux, les pneumonies associées au ventilateur et les infections du site opératoire; dépister la sepsie; définir la source de l'infection et en prévenir rapidement la transmission selon la situation clinique; réévaluer le traitement antimicrobien tous les jours en vue d'un ajustement à la baisse, s'il y a lieu

Tableau 3C Exemples de mesures visant à réduire les préjudices dans la catégorie **Accidents chez les patients**

Type de préjudice	Description	Exemples de pratiques exemplaires fondées sur des données probantes
Traumatisme	Lésions traumatiques subies pendant l'hospitalisation (fractures, luxations, brûlures et autres blessures) qui ne sont pas liées à une intervention médicale ou chirurgicale	Prévenir les chutes : adopter des stratégies de prévention des chutes et de réduction des blessures, par exemple créer des environnements sûrs et aider les patients à se déplacer; effectuer une évaluation des risques multifactorielle; communiquer et informer au sujet des risques; promouvoir le recours à des mesures autres que la contention

Tableau 3D Exemples de mesures visant à réduire les préjudices dans la catégorie **Affections liées aux interventions**

Type de préjudice	Description	Exemples de pratiques exemplaires fondées sur des données probantes
Hémorragie obstétricale	Hémorragie touchant la région pelvienne, l'appareil génital, le périnée ou une incision chirurgicale consécutive à un accouchement avec instrument ou à un accouchement par césarienne	Prévention de l'hémorragie post-partum précoce (HPP) : préparer un plateau stérile qui permet un accès rapide aux instruments nécessaires au traitement chirurgical d'une HPP; évaluer le risque d'hémorragie à l'admission, tout au long du travail, de la période postnatale et à chaque transfert; assurer une gestion active du troisième stade du travail (au moyen d'interventions, notamment l'administration d'agents utérotoniques, le clampage du cordon ombilical et la traction mesurée du cordon ombilical)
Traumatisme	Lésions traumatiques subies pendant l'hospitalisation (fractures, luxations, brûlures et autres blessures) liées à une intervention médicale ou chirurgicale	Les accidents liés aux soins de santé sont complexes et multifactoriels. Il est recommandé d'examiner les pratiques cliniques et les systèmes afin de cerner les facteurs contributifs et de définir des mesures de prévention. Consultez les ressources d'amélioration pour obtenir une liste des facteurs contributifs potentiels et des recommandations en matière de stratégies d'atténuation.
Pneumothorax	Pneumothorax lié à une intervention médicale ou chirurgicale	Identifier les patients à risque; suivre les techniques d'insertion sécuritaire lors d'interventions pleurales; élaborer des éléments et des critères de formation ainsi qu'un plan de maintien des compétences; normaliser les pratiques en matière de ciblage et de marquage du site, et d'intervention
Rupture d'une plaie	Rupture d'une plaie opératoire ou obstétricale	Évaluer et réduire les facteurs de risques préopératoires (p. ex. traitement préopératoire de l'anémie); prévenir les infections du site opératoire; réduire les facteurs de risque périopératoires (p. ex. recours à la technique optimale pour fermer les plaies); évaluer et gérer la douleur postopératoire; mettre en place des étapes pour la gestion des plaies ouvertes chirurgicales; informer les patients sur la nécessité d'éviter de soulever des objets lourds

Ce que les organismes peuvent faire pour améliorer la sécurité

Il est bien plus difficile de renforcer la sécurité des soins que de simplement dresser une liste de pratiques exemplaires fondées sur des données probantes. Les hôpitaux sont des organismes complexes et souvent très vastes dans lesquels il est extrêmement difficile d'instaurer des changements organisationnels. Même à l'échelle de l'unité où la nécessité d'accroître la sécurité des soins est la plus manifeste et où les résultats sont les plus perceptibles, la réussite des interventions fondées sur des données probantes dépend de la réceptivité du milieu. Il se peut en effet que les dispensateurs de soins ne puissent appuyer les mesures d'amélioration ni appliquer des changements s'ils estiment devoir composer avec une charge de travail déjà trop lourde ou avec des attentes démesurées, ou s'il manque de ressources ou de personnel qualifié.

Il est donc essentiel de créer un environnement de soutien pour assurer la mise en œuvre et la mise en application d'interventions efficaces. Pour ce faire, les organismes doivent tisser des liens de confiance avec leurs dispensateurs pour les inciter à adopter une solide culture de la sécurité des patients²⁸.

Une telle culture de la sécurité des patients suppose que l'ensemble des intervenants — qu'il s'agisse d'administrateurs, de membres du conseil d'administration, de cliniciens ou du personnel de service — évalue toujours la portée de ses gestes sur le plan de la sécurité. La question de la sécurité doit toujours occuper l'esprit. Elle ne doit pas être tenue pour acquise. Les interventions visant à améliorer la sécurité sont plus susceptibles de fonctionner si une culture de la sécurité est installée.

L'amélioration de la sécurité repose sur la solidité et la détermination de la direction à long terme¹⁰. Les dirigeants des hôpitaux doivent s'assurer que les incidents touchant la sécurité des patients sont vus comme des occasions d'apprentissage et non comme des objets de blâme. Si les erreurs sont réfutées ou camouflées ou si l'ampleur du préjudice qu'elles ont causé est minimisée, les occasions d'apprendre ou d'instaurer des mesures de prévention s'envolent en fumée. Il importe aussi que les interventions d'amélioration soient planifiées et mises en œuvre par les personnes visées, notamment les dispensateurs de première ligne, les patients et les membres de leur famille. Un suivi doit ensuite être assuré par la mesure et l'évaluation périodiques des résultats, afin de favoriser le renforcement et l'amélioration des pratiques.

La mesure des préjudices à l'hôpital est un outil de premier plan pour l'amélioration de la sécurité. À l'instar d'autres outils, elle exige un travail vigilant et minutieux pour produire l'effet escompté. Certaines activités peuvent aider les hôpitaux à tirer le meilleur parti des données et à utiliser les ressources d'amélioration en toute efficacité. En voici quelques exemples :

1. **Faire du suivi de la sécurité des patients une priorité organisationnelle.** Les membres du conseil d'administration et de la haute direction des hôpitaux et des autorités sanitaires doivent utiliser les données sur les préjudices à l'hôpital conjointement à d'autres sources de données pour effectuer un suivi des préjudices à l'hôpital. Les conseils d'administration peuvent demander au personnel de recueillir des données de qualité sur la sécurité des patients, et encourager fortement les médecins et les autres membres du personnel à consigner tous les événements préjudiciables.
2. **Mobiliser les particuliers et les groupes afin qu'ils utilisent les données à des fins d'amélioration de la sécurité.** Cette mobilisation peut être lancée à l'échelle de l'hôpital ou de la région. Il s'agit de mobiliser, notamment, le conseil d'administration, le PDG et l'équipe de direction, les comités responsables de la qualité, les comités consultatifs médicaux, les gestionnaires d'unités ou de services, les enseignants cliniques, les personnes spécialisées dans la prévention et la lutte contre les infections, les médecins et autres dispensateurs de soins, les membres du personnel de soutien ainsi que les représentants des patients et des familles.
3. **Choisir un domaine prioritaire pour l'amélioration de la qualité.** Fixez le point de départ de l'examen des groupes cliniques en collaboration avec une équipe multidisciplinaire. Pour prendre cette décision, l'équipe responsable de la sécurité des patients peut analyser la prévalence et la gravité des préjudices au sein de chaque groupe clinique.

Voici d'autres points à considérer pour fixer ce point de départ :

- les priorités déjà visées établies ou prévues au sein de l'organisme (p. ex. si le personnel a observé que les résultats variaient d'un clinicien ou d'un service à l'autre);
- les priorités définies dans le cadre des visites d'agrément ou des évaluations du risque;
- les priorités découlant de rapports d'incidents, d'examen relatifs à la sécurité des patients ou à l'assurance qualité, ou de plaintes formulées par les patients.

Les hôpitaux doivent peut-être également se conformer à des priorités régionales.

Les régions sanitaires, les conseils provinciaux de la qualité et les ministères élaborent périodiquement des initiatives d'amélioration de la qualité afin de canaliser les efforts dans un domaine précis et de favoriser l'apprentissage à l'échelle de tous les organismes.

4. **Créer des équipes d'amélioration de la qualité.** Les initiatives d'amélioration de la qualité sont plus efficaces si elles sont mises en œuvre par une équipe multidisciplinaire. Cette équipe devrait être formée de médecins, d'infirmières, d'autres dispensateurs clés du service et de personnes dont le champ d'expertise porte sur la sécurité des patients, la qualité et l'aide à la prise de décisions. L'équipe devrait par ailleurs intégrer des représentants des patients et de leurs familles ainsi qu'un cadre supérieur à titre de délégué.

5. **Vérifier l'exactitude des données de l'établissement.** Une fois que l'équipe a analysé ses données et ciblé un groupe clinique prioritaire pour l'amélioration de la qualité, elle devrait demander à des praticiens de confirmer si les données leur paraissent raisonnables et représentatives de leurs activités. Si, dans certains domaines, le nombre d'événements saisi dans les groupes cliniques semble plus élevé ou plus faible que les valeurs attendues, une exploration plus poussée des modalités de saisie (par les médecins ou les codificateurs) peut être menée. Le fait d'acheminer le résultat de ces explorations à l'ICIS facilitera par ailleurs l'élaboration d'un éventuel indicateur comparable. De plus, des initiatives d'amélioration de la documentation clinique²⁹ peuvent être mises sur pied pour garantir la saisie des événements préjudiciables et de leur chronologie. Le personnel chargé de la saisie des données cliniques dispose ainsi d'une documentation optimale qui favorise une collecte de données de bonne qualité.
6. **Établir des objectifs précis.** L'ICSP recommande d'utiliser le modèle d'amélioration³⁰ selon lequel toute initiative d'amélioration de la qualité doit clairement faire état des buts recherchés, des mesures utilisées et des suggestions de changements à apporter. Les ressources d'amélioration proposent des pratiques exemplaires fondées sur des données probantes aux équipes d'amélioration. Toutefois, il incombe à ces équipes de fixer les objectifs et de proposer des changements qui permettront de réaliser ces objectifs dans leur milieu. Les hôpitaux peuvent utiliser les données sur les groupes cliniques des préjudices à l'hôpital à des fins de mesure. Ils doivent cependant y ajouter des mesures liées aux processus pour évaluer l'adhésion aux pratiques exemplaires fondée sur des données probantes. Les ressources d'amélioration donnent des exemples de mesures des processus.

Au fil du temps, les équipes auraient avantage à fixer des objectifs en fonction du nombre de cas saisi dans le groupe clinique. Les comparaisons avec un point de référence sont toutefois impossibles puisqu'on ne connaît pas encore le plus petit nombre atteignable. Une utilisation plus marquée des données sur les préjudices à l'hôpital permettra de discerner le caractère évitable des préjudices, puis d'établir des points de référence.

7. **Cerner les facteurs contributifs qui font obstacle à la mise en œuvre et au maintien des pratiques exemplaires fondées sur des données probantes propres au domaine d'amélioration visé.** Ces facteurs peuvent être liés aux caractéristiques ou au comportement des patients ou des dispensateurs de soins, à des enjeux du milieu, aux ressources, aux politiques ou aux processus. Il est essentiel d'analyser les obstacles au changement à l'échelle de l'établissement, puisque les facteurs clés qui gênent l'adoption des pratiques exemplaires fondées sur des données probantes varient d'un hôpital à l'autre. Par exemple, un hôpital peut afficher un taux élevé d'ulcères de décubitus parce que ses méthodes de notation des risques et d'évaluation de la peau ne sont pas uniformes. Dans

un autre hôpital, le même problème peut s'expliquer par un nombre insuffisant de matelas réducteurs de pression pour les patients présentant un risque élevé d'ulcères. La résolution d'un facteur donné ne permet pas d'éliminer tous les préjudices. Les hôpitaux doivent axer leurs interventions sur les facteurs qu'ils estiment être les plus pertinents dans leur cas.

Les hôpitaux peuvent utiliser le Cadre canadien d'analyse des incidents¹⁸ pour cerner les facteurs qui augmentent le risque de préjudices ainsi que la Trousse à outils pour la sécurité des patients et la gestion des incidents³¹ pour tirer des leçons d'incidents antérieurs touchant la sécurité des patients. Des outils tels que le Cadre d'analyse des modes de défaillances et de leurs effets³² permettent aux organismes d'anticiper les problèmes que pourrait soulever l'adoption de pratiques exemplaires.

8. **Définir des stratégies d'amélioration qui ciblent les facteurs contributifs.** Il convient de faire appel à la sagesse des dispensateurs de soins et à l'expérience des patients et de leur famille pour établir des stratégies d'amélioration qui permettront de résoudre les problèmes à l'échelle locale, par exemple
 - offrir des outils d'aide à la prise de décision comme des listes de vérification, des ordonnances normalisées, des vérifications et des rappels électroniques pour aider les dispensateurs à se souvenir de tout ce qu'ils doivent faire;
 - prendre en considération l'aspect ergonomique pour concevoir un milieu de travail qui prévient les erreurs humaines ou favorise les gestes sûrs;
 - simplifier les processus pour en accroître l'efficacité, et en assurer le suivi afin de veiller à ce qu'ils soient respectés et qu'ils fonctionnent convenablement;
 - favoriser la participation des patients à leurs propres soins en leur remettant des directives écrites et en utilisant des techniques de récapitulation pour s'assurer qu'ils ont bien compris l'information fournie.
9. **Évaluer le travail et souligner les réalisations.** Les conseils d'administration et les équipes de direction doivent évaluer en temps opportun les efforts déployés par les équipes responsables de l'amélioration et souligner leurs réalisations de façon constructive. Les évaluations peuvent inclure le suivi et la diffusion de statistiques sur la sécurité des patients à l'échelle de l'organisme, et la communication de résultats propres à des unités ou à des services. Les réussites en matière d'amélioration doivent absolument être soulignées.

10. Faire preuve de transparence. Les patients, les familles et les membres de la collectivité réclament et méritent de la transparence en ce qui concerne les activités et les résultats des systèmes de santé. Dans certaines provinces, les hôpitaux sont tenus de rendre compte publiquement de certains indicateurs clés de la sécurité. Toutefois, une diffusion volontaire, sans aucune obligation, dénote un réel souci de transparence. La divulgation publique des améliorations au fil du temps démontre également l'intérêt constant de l'hôpital pour la qualité et la sécurité des soins. Elle est également susceptible de renforcer la confiance que l'on témoigne à l'organisme.

L'affichage dans les lieux publics, les zones de rassemblement du personnel et les sections bien accessibles du site Web des résultats qui découlent des initiatives d'amélioration de la sécurité des patients permet en outre d'attirer l'attention sur la qualité et la sécurité des soins.

Limites

Les données sur les préjudices à l'hôpital peuvent être reproduites facilement. Elles constituent une mesure globale qui permet aux hôpitaux d'assurer un suivi de l'information sur la sécurité des patients. Cela dit, la méthodologie qui sous-tend cette mesure présente un certain nombre de limites. D'abord, elle ne rend *pas* compte de plusieurs problèmes liés à la sécurité des patients, notamment les suivants :

- les préjudices subis dans les services d'urgence;
- les préjudices qui se produisent dans les milieux autres que les soins de courte durée aux patients hospitalisés (p. ex. les soins de réadaptation ou de santé mentale);
- les préjudices qui ont débuté à l'hôpital, mais qui n'ont pas été décelés au cours du séjour, et qui ont ensuite été découverts dans le cadre d'une visite au service d'urgence ou d'une admission subséquente;
- les accidents évités de justesse, c'est-à-dire les cas où une erreur est commise, mais rectifiée avant de causer préjudice;
- les préjudices qui se sont produits à l'hôpital, mais qui n'ont pas eu d'incidence sur le traitement ou la durée du séjour à l'hôpital;
- les préjudices découlant d'un mauvais diagnostic;
- les problèmes de sécurité étroitement liés à la santé mentale (p. ex. les tentatives de suicide pendant l'épisode de soins).

Tous ces problèmes ont leur importance et les hôpitaux pourraient chercher d'autres façons d'en faire le suivi. Le suivi des accidents évités de justesse et des erreurs qui ne causent pas préjudice peut mettre en lumière des problèmes relatifs à la prestation de soins à l'échelle du système. La mise en place de mesures correctives peut ensuite contribuer à la prévention d'un éventuel préjudice.

La qualité des données cliniques sous-jacentes influe également sur les résultats. Les codificateurs professionnels saisissent les données en s'appuyant sur la documentation clinique, conformément aux normes établies par l'ICIS. Des erreurs de saisie peuvent se glisser si la documentation manque de cohérence ou de clarté, si elle contient des renseignements contradictoires ou si des renseignements sont omis. Elles peuvent également survenir à l'étape de la codification en raison de la façon dont le codificateur a interprété les documents médicaux, d'une codification incomplète ou d'un code erroné. L'ICIS procède à des études de seconde saisie périodiquement afin d'évaluer la qualité de ses données. La plus récente, qui était axée sur certains groupes cliniques du cadre conceptuel des préjudices à l'hôpital, a révélé qu'en général, les préjudices saisis dans les groupes visés sont consignés dans les dossiers des patients. Consultez l'annexe A pour obtenir de plus amples renseignements sur les résultats des études de seconde saisie de l'ICIS.

Les préjudices à l'hôpital sont probablement sous-déclarés, ce qui signifie que l'ampleur des problèmes liés à la sécurité des patients est sans doute sous-estimée. Par exemple, un préjudice qui n'est inscrit que dans les notes de l'infirmière ne sera pas pris en compte puisque, conformément aux normes de codification de l'ICIS, seuls les diagnostics consignés au dossier par un médecin ou par le dispensateur de soins primaires peuvent être codifiés (et être intégrés aux données sur les préjudices à l'hôpital). Par ailleurs, il peut y avoir sous-déclaration si la codification n'est pas assez précise (p. ex. une anémie figure au dossier, mais rien n'indique qu'elle résulte d'une hémorragie).

La mesure vise à rendre compte des affections qui surviennent après l'admission du patient à l'hôpital. Les renseignements concernant le début de l'affection sont parfois imprécis ou ambigus, de sorte que les codificateurs ne peuvent pas déterminer si l'affection a commencé avant ou après l'admission. Il peut s'en suivre une sous-déclaration, mais aussi une surdéclaration des préjudices.

La mesure ne permet pas non plus de distinguer la gravité des préjudices, c'est-à-dire que les événements préjudiciables ont tous la même importance, quelle que soit la gravité de leurs répercussions.

Les données sont présentées à l'échelle nationale dans ce rapport. Toutefois, la poursuite des travaux permettra de peaufiner la mesure et d'en faire un outil efficace à des fins de suivi et d'amélioration de la sécurité des patients dans les établissements de soins de courte durée. Des efforts continueront d'être déployés, en collaboration avec les hôpitaux, afin de comprendre et d'améliorer les données et la documentation qui les sous-tend. Les possibilités d'ajustement en fonction des risques continueront d'être étudiées dans le but de faire de la mesure des préjudices à l'hôpital un indicateur comparable.

Conclusions

Selon l'OMS, des sommes colossales — de 20 % à 40 % de toutes les dépenses en santé — sont gaspillées en raison de la mauvaise qualité des soins³³. Les coûts liés à la sécurité des patients sont cependant loin de se mesurer uniquement en argent dépensé; les patients qui subissent des préjudices vivent de l'inconfort et de l'incertitude et séjournent longtemps à l'hôpital, loin de leur famille et du travail. Certains sont victimes d'incapacité temporaire ou permanente, tandis que d'autres perdent la vie. Des soins non sécuritaires peuvent miner le moral des dispensateurs de soins de santé et engendrer de la frustration et du stress. Les coûts cumulatifs qu'engendrent les soins non sécuritaires illustrent bien à quel point il est important de continuer à améliorer la sécurité des patients dans les hôpitaux canadiens.

La façon d'aborder les accidents et les incidents liés à la sécurité des patients s'est grandement améliorée au Canada et ailleurs dans le monde depuis une dizaine d'années. Le réflexe de blâmer les personnes impliquées dans un incident cède peu à peu la place à une culture d'ouverture et d'apprentissage^{4, 34}. Les décideurs du système de santé comprennent aujourd'hui l'importance d'accorder une priorité constante à la sécurité et de démontrer, par leur planification et leurs actions, que la sécurité fait partie intégrante de toutes les activités des hôpitaux³⁴. La mesure des résultats, la production de rapports, l'apprentissage et l'introduction de changements à la suite d'accidents ou d'incidents liés à la sécurité sont en voie de devenir la norme, mais il reste encore beaucoup à faire.

Malgré les efforts d'amélioration déployés ces 10 dernières années, le taux d'événements préjudiciables mesuré dans le présent rapport montre que la question de la sécurité des patients demeure préoccupante. Une hospitalisation sur 18 donne lieu à un préjudice, et environ 20 % d'entre elles sont associées à plus d'un préjudice.

Comme le montre le présent rapport, les infections et affections incluses dans la mesure des préjudices subis par les patients dans les hôpitaux canadiens sont potentiellement évitables par la mise en œuvre de pratiques fondées sur des données probantes, lesquelles peuvent réduire les taux de nombreux types de préjudices. C'est pourquoi le potentiel de réduction d'un événement préjudiciable a été le principal critère utilisé pour déterminer les éléments à inclure dans le cadre conceptuel des préjudices à l'hôpital. Cette mesure se veut utile aux fins de planification, d'établissement des priorités et d'éducation, mais elle vise d'abord et avant tout à empêcher les patients d'être victimes d'un incident leur causant préjudice.

Pour ce faire, les ressources d'amélioration cernent des pratiques qui permettent de réduire l'occurrence des événements préjudiciables. Il peut s'agir de listes de contrôle de la sécurité chirurgicale, de bilans comparatifs des médicaments ou du déplacement régulier des patients qui souffrent d'ulcères de décubitus. En faisant le lien entre la mesure et les ressources d'amélioration, les hôpitaux pourront déterminer quelles actions poser pour réduire les préjudices en fonction de l'analyse de leurs données.

Grâce à l'apport des hôpitaux, des dirigeants cliniques et des spécialistes de la sécurité des patients, la méthodologie de mesure des préjudices à l'hôpital se peaufinera et gagnera en précision et en exactitude.

L'élaboration d'une mesure des préjudices à l'hôpital est un processus complexe qui nécessite une approche par étapes assortie de vérifications et d'évaluations. Dans sa forme actuelle, la méthodologie fournit aux hôpitaux un outil utile pour surveiller les taux d'événements préjudiciables et cerner les problèmes qui méritent d'être examinés de plus près.

Il reste encore beaucoup à faire pour en arriver à un indicateur comparable. Chaque type de préjudice mesuré peut être associé à des facteurs de risques différents. Des méthodologies d'ajustement selon les risques doivent être élaborées pour tenir compte des différences entre les populations de patients. Il faudra pour ce faire mener de vastes consultations auprès d'hôpitaux et de spécialistes, et l'ICIS et l'ICSP continueront de collaborer avec les intervenants de partout au pays pour déterminer si c'est là un objectif réalisable.

Aucune action isolée ni aucune personne ne peuvent à elles seules assurer des soins sécuritaires, mais il est possible d'améliorer la sécurité des soins pour tous les Canadiens grâce à la collaboration et à des pratiques fondées sur des données probantes. Les cliniciens, les gestionnaires des hôpitaux, les responsables de la qualité, le personnel de soutien à la décision, les patients et leurs familles ont tous leur rôle à jouer dans l'amélioration de la sécurité des soins.

Annexe A : Évaluer la qualité des données sur les préjudices à l'hôpital

L'ICIS est doté d'un programme global sur la qualité des données qui comprend différentes activités, dont l'établissement de normes de collecte de données et l'application de fonctions de vérification avec rejet et de vérification avec avertissement au moment de la soumission, de même que des analyses et des études portant sur la qualité des données soumises. Pendant l'élaboration de la méthodologie de mesure des préjudices à l'hôpital, des étapes supplémentaires ont permis de déterminer à quel point les données administratives sont utiles pour mesurer l'occurrence des événements préjudiciables à l'hôpital :

1. vérification préliminaire de l'étude de seconde saisie des données de 2009-2010 pour évaluer la correspondance des données des dossiers médicaux des patients (résumé à la sortie, enregistrements, notes, dossiers, rapports de laboratoire, etc.) et des données soumises à la Base de données sur les congés des patients (BDCP);
2. examen des dossiers cliniques de 4 établissements de soins de courte durée pour évaluer la correspondance entre les préjudices correspondant aux données recueillies par l'ICIS et les préjudices consignés dans les dossiers des patients;
3. étude de seconde saisie en 2015 centrée, en partie, sur la saisie des codes de certains groupes cliniques du cadre conceptuel des préjudices à l'hôpital, dont la sepsie, l'hémorragie obstétricale, le traumatisme obstétrical et les infections à C. difficile, au SARM ou aux ERV;
4. validation des résultats à l'échelle des établissements par des hôpitaux de partout au Canada.

Les 2 premières étapes ont déterminé le sujet de l'étude de seconde saisie de 2015. Selon les résultats, 89 % des diagnostics saisis dans la BDCP ont été confirmés lors de l'examen des dossiers (vrais positifs), tandis que 9 % des diagnostics saisis pendant l'examen des dossiers ne se trouvaient pas dans la BDCP (faux négatifs ou sous-codification dans les données administratives). L'étude portait également sur l'exactitude de 6 groupes cliniques^{vii}. Plus de 90 % des cas de traumatisme obstétrical et d'infections (à C. difficile, au SARM et aux ERV), 89 % des cas d'hémorragie obstétricale et 77 % des cas de sepsie ont été confirmés lors de l'examen du dossier. Ces résultats sont similaires ou supérieurs à ceux d'études de seconde saisie semblables, surtout pour ce qui est de la saisie des affections qui se manifestent après l'admission.

vii. Les traumatismes obstétricaux et les hémorragies obstétricales représentent 2 groupes cliniques distincts, car ils sont classés sous 2 catégories : Affections liées aux soins de santé ou aux médicaments et Affections liées aux interventions.

Ces résultats encourageants confirment l'utilité de la BDCP pour faire le suivi des préjudices à l'hôpital, mais d'importantes limites doivent être soulignées. Bien que l'étude de seconde saisie est venue confirmer la présence, dans les dossiers, des préjudices saisis au moyen de la méthodologie de préjudices à l'hôpital, elle n'était pas conçue pour détecter entièrement les préjudices consignés dans le dossier, mais non saisis dans la BDCP. Les variations de codification d'un hôpital à l'autre peuvent également entraîner une sous-déclaration ou une surdéclaration des préjudices. De plus, seules les affections et infections consignées par les médecins dans le dossier médical d'un patient peuvent être saisies par codification. La qualité des dossiers influence donc ces résultats.

Dans l'ensemble, des motifs suffisants justifient le recours à la BDCP à des fins de suivi conjointement à d'autres sources de données, comme la déclaration des incidents. Au fil du temps, la qualité des données s'améliorera à mesure que les cliniciens prennent conscience de l'importance du lien entre la documentation et la codification.

Pour en savoir plus sur les résultats de l'étude de seconde saisie de 2015, consultez le rapport *Étude de la qualité des données de 2015-2016 de la Base de données sur les congés des patients : regard sur les préjudices à l'hôpital* sur le [site Web de l'ICIS](#).

Annexe B : Texte de remplacement pour les figures

Texte de remplacement pour la figure 1 : Jalons en matière de sécurité des patients au Canada

2002

- Publication du document *Accroître la sécurité du système : une stratégie intégrée pour améliorer la sécurité des patients dans le système de santé canadien*⁶

2003

- Création de l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP) annoncée par les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé
- Lancement du Système canadien de déclaration et de prévention des incidents médicamenteux par Santé Canada et par l'Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada
- Annonce par Agrément Canada d'une première stratégie en matière de sécurité des patients

2004

- Une étude canadienne déterminante sur les événements indésirables révèle que près de 7,5 % des patients hospitalisés subissent un tel événement; on estime que près du tiers de ces événements pourraient être évités²

2005

- Lancement de la campagne *Soins de santé plus sécuritaires maintenant!* à titre de première campagne nationale d'amélioration de la qualité
- Tenue de la première Semaine nationale de la sécurité des patients

2006

- Création de Patients pour la sécurité des patients du Canada

2007

- Publication du premier rapport sur les indicateurs de la sécurité des patients de l'Organisation de coopération et de développement économiques⁷

2010

- Lancement par l'ICIS du Système national de déclaration des accidents et incidents

2012

- Une étude canadienne sur les événements indésirables chez les patients pédiatriques révèle que 9,2 % des enfants hospitalisés au Canada subissent un événement indésirable³
- Une étude de l'ICSP estime que le fardeau économique des incidents préjudiciables évitables chez les patients en soins de courte durée représente 397 millions de dollars par année⁸

2013

- Une étude sur les événements indésirables à domicile révèle que 4,2 % des patients qui reçoivent des soins à domicile subissent un événement indésirable; on estime que 56 % de ces événements auraient pu être évités⁹

2015

- Les progrès réalisés sur le plan de la sécurité des patients sont décrits dans le document *Beyond the Quick Fix: Strategies for Improving Patient Safety*¹⁰

2016

- Présentation par l'ICIS et l'ICSP d'une nouvelle méthode de mesure des préjudices à l'hôpital liée à des ressources d'amélioration

Texte de remplacement pour la figure 2 : Cadre conceptuel des préjudices à l'hôpital

Le cadre conceptuel des préjudices à l'hôpital comprend 31 groupes cliniques répartis dans 4 grandes catégories de préjudices.

La première catégorie s'appelle Affections liées aux soins de santé ou aux médicaments. Elle comprend les groupes cliniques suivants : Anémie — hémorragie, Hémorragie obstétricale, Traumatisme obstétrical, Traumatisme à la naissance, Delirium, Thrombo-embolie veineuse, Altération de la glycémie avec complications, Ulcère de décubitus, Déséquilibres hydro-électrolytiques, Incidents médicamenteux, Complications consécutives à une injection, une perfusion ou une transfusion.

La deuxième catégorie s'appelle Infections liées aux soins de santé. Elle comprend les groupes cliniques suivants : Infections des voies urinaires, Infections postintervention, Gastroentérite, Pneumonie, Pneumonie par aspiration, Sepsie et Infections à *C. difficile*, au SARM ou aux ERV.

La troisième catégorie s'appelle Accidents chez les patients et comprend le groupe clinique Traumatisme.

Enfin, la quatrième catégorie s'appelle Affections liées aux interventions. Elle comprend les groupes cliniques suivants : Anémie — hémorragie, Hémorragie obstétricale, Traumatisme obstétrical, Traumatisme à la naissance, Traumatisme, Échec ou complication mécanique d'un appareil, Lacération ou perforation, Pneumothorax, Rupture d'une plaie, Rétention d'un corps étranger, Choc postintervention et Accidents graves sélectionnés.

Le cadre se divise en 3 niveaux :

1. Préjudices à l'hôpital : taux d'hospitalisations au cours desquelles au moins un événement préjudiciable s'est produit.
2. Catégorie : nombre d'hospitalisations au cours desquelles au moins un événement préjudiciable s'est produit dans cette catégorie.
3. Groupe clinique : nombre d'hospitalisations au cours desquelles au moins un événement préjudiciable s'est produit dans ce groupe clinique.

Tableau de données pour la figure 3 : Répartition des événements préjudiciables par catégorie de préjudices

Catégorie	Pourcentage de l'ensemble des catégories*	2 affections les plus fréquentes dans chaque catégorie (pourcentage et nombre d'événements)
Affections liées aux soins de santé ou aux médicaments	37 %	- Déséquilibres hydro-électrolytiques (15 %; 27 000) - Delirium (10 %; 18 000)
Infections liées aux soins de santé	37 %	- Infections des voies urinaires (12 %; 22 000) - Pneumonie (7 %; 12 000)
Accidents chez les patients	3 %	Traumatisme (3 %; 5 000)
Affections liées aux interventions	23 %	- Anémie — hémorragie (7 %; 13 000) - Lacération ou perforation (4 %; 8 000)

Remarque

* Le pourcentage indiqué pour les catégories de préjudices représente la proportion d'hospitalisations au cours desquelles au moins un événement préjudiciable s'est produit au sein de la catégorie.

Tableau de données pour la figure 4 : Répartition des événements préjudiciables par groupe clinique

Groupe clinique	Nombre d'événements	Catégorie
Déséquilibres hydro-électrolytiques	27 324	ALSSM
Infections des voies urinaires	22 341	ILSS
Delirium	17 947	ALSSM
Anémie — hémorragie	12 998	ALI
Pneumonie	12 383	ILSS
Infections postintervention	10 401	ILSS
Lacération ou perforation	7 884	ALI

Groupe clinique	Nombre d'événements	Catégorie
Pneumonie par aspiration	7 752	ILSS
Sepsie	6 386	ILSS
Infections à C. difficile, au SARM ou aux ERV	6 000	ILSS
Thrombo-embolie veineuse	5 488	ALSSM
Traumatisme obstétrical	5 378	ALSSM
Traumatisme	5 204	AP
Traumatisme obstétrical	4 377	ALI
Gastroentérite	4 247	ILSS
Échec ou complication mécanique d'un appareil	3 788	ALI
Rupture d'une plaie	3 581	ALI
Ulcère de décubitus	3 023	ALSSM
Traumatisme	2 396	ALI
Altération de la glycémie avec complications	2 259	ALSSM
Anémie — hémorragie	2 106	ALSSM
Pneumothorax	2 019	ALI
Traumatisme à la naissance	1 634	ALI
Traumatisme à la naissance	1 015	ALSSM
Hémorragie obstétricale	900	ALI
Hémorragie obstétricale	716	ALSSM
Complications consécutives à une injection, une perfusion ou une transfusion	692	ALSSM
Choc postintervention	680	ALI
Incidents médicamenteux	475	ALSSM
Rétention d'un corps étranger	151	ALI
Accidents graves sélectionnés	51	ALI

Remarques

ALSSM : Affections liées aux soins de santé ou aux médicaments.

ILSS : Infections liées aux soins de santé.

AP : Accidents chez les patients.

ALI : Affections liées aux interventions.

Tableau de données pour la figure 5 : Taux d'événements préjudiciables (au moins un) chez les patients en soins médicaux et les patients en soins chirurgicaux selon la complexité des cas

Degré de complexité	Population totale de patients en soins médicaux : nombre de cas avec préjudice	Population totale de patients en soins médicaux : taux de préjudices par tranche de 100	Population totale de patients en soins chirurgicaux : nombre de cas avec préjudice	Population totale de patients en soins chirurgicaux : taux de préjudices par tranche de 100
Faible	14 701	2,2	12 118	3,7
Moyen	32 143	6,4	14 668	12,4
Élevé	39 218	17,5	10 268	29,0

Tableau de données pour la figure 6 : Taux d'événements préjudiciables multiples chez les patients en soins médicaux et les patients en soins chirurgicaux ayant subi des préjudices, selon la complexité des cas

Degré de complexité	Pourcentage des patients en soins médicaux qui ont subi plusieurs événements préjudiciables	Pourcentage des patients en soins chirurgicaux qui ont subi plusieurs événements préjudiciables
Taux global	24 %	25 %
Faible	12 %	11 %
Moyen	19 %	24 %
Élevé	32 %	42 %

Tableau de données pour la figure 7 : Taux de décès à l'hôpital chez les patients en soins médicaux et les patients en soins chirurgicaux, avec et sans préjudice

Groupe de patients	Avec préjudice	Sans préjudice
Taux global	12,5 %	3,1 %
Soins médicaux	17,8 %	5,3 %
Soins chirurgicaux	5,3 %	0,4 %

Références

1. Organisation mondiale de la santé. [Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety](#). 2009.
2. Baker GR, Norton PG, Flintoft V, et al. [The Canadian Adverse Events Study: The incidence of adverse events among hospital patients in Canada](#). *Journal de l'Association médicale canadienne*. Mai 2004.
3. Matlow AG, Baker GR, Flintoft V, et al. [Adverse events among children in Canadian hospitals: The Canadian Paediatric Adverse Events Study](#). *Journal de l'Association médicale canadienne*. Septembre 2012.
4. Institut canadien pour la sécurité des patients. [Priorités en matière de sécurité des patients et de qualité des soins pour les participants au Consortium](#). 2015.
5. Agrément Canada. [Pratiques organisationnelles requises : livret 2017](#). 2016.
6. Wade J, Baker GR, Bulman J, et al.; Comité directeur national sur la sécurité des patients. [Building a Safer System: A National Integrated Strategy for Improving Patient Safety in Canadian Health Care](#). 2002.
7. Organisation de coopération et de développement économiques. [Health Care Quality Indicators — Patient Safety Data Systems in the OECD: A Report of a Joint Irish Department of Health–OECD Conference](#). 2007.
8. Institut canadien pour la sécurité des patients. [L'aspect économique de la sécurité des patients dans un établissement de soins de courte durée](#). 2015.
9. Institut canadien pour la sécurité des patients. [Sécurité à domicile : une étude pancanadienne sur la sécurité des soins à domicile](#). 2013.
10. Institut des politiques, de la gestion et de l'évaluation de la santé, Université de Toronto. [Beyond the Quick Fix: Strategies for Improving Patient Safety](#). 2015.
11. Owens B. [C. diff rates falling but still a concern](#). *Journal de l'Association médicale canadienne*. Septembre 2013.
12. Armstrong JR, Mosher BD. [Aspiration pneumonia after stroke: Intervention and prevention](#). *The Neurohospitalist*. Avril 2011.
13. Metheny NA. [Preventing Aspiration in Older Adults With Dysphagia](#). 2012.

14. Jackson T, Duckett S, Shephard J, Baxter K. [Measurement of adverse events using “incidence flagged” diagnosis codes](#). *Journal of Health Services Research & Policy*. Janvier 2006.
15. Aranaz Andrés JM, Aibar Remón C, Vitaller Burillo J, Ruiz Lopez P. [National Study on Hospitalisation-Related Adverse Events: ENEAS 2005](#). 2006.
16. Levinson DR. [Adverse Events in Hospitals: National Incidence Among Medicare Beneficiaries](#). 2010.
17. Perla RJ, Hohmann SF, Annis K. [Whole-patient measure of safety: Using administrative data to assess the probability of highly undesirable events during hospitalization](#). *Journal for Healthcare Quality*. Septembre-octobre 2013.
18. Institut canadien pour la sécurité des patients. [Analyse des incidents](#). Consulté en juillet 2016.
19. Bates DW. [Relationship between medication errors and adverse drug events](#). *Journal of General Internal Medicine*. Avril 1995.
20. Bates DW. [Preventing medication errors: A summary](#). *American Journal of Health-System Pharmacy*. Juillet 2007.
21. Vella-Brincat J, Macleod AD. [Adverse effects of opioids on the central nervous system of palliative care patients](#). *Journal of Pain and Palliative Care Pharmacotherapy*. 2007.
22. Stavroudis TA, Shore AD, Morlock L, Hicks RW, Bundy D, Miller MR. [NICU medication errors: Identifying a risk profile for medication errors in the neonatal intensive care unit](#). *Journal of Perinatology*. 2010.
23. Hägg S, Spigset O. [Antipsychotic-induced venous thromboembolism: A review of the evidence](#). *CNS Drugs*. 2002.
24. Institut canadien pour la sécurité des patients. [Les événements qui ne devraient jamais arriver dans les soins hospitaliers au Canada : des soins plus sécuritaires pour les patients](#). 2015.
25. Umscheid CA, Mitchell MD, Doshi JA, Agarwal R, Williams K, Brennan PJ. [Estimating the proportion of healthcare-associated infections that are reasonably preventable and the related mortality and costs](#). *Infection Control & Hospital Epidemiology*. Février 2011.
26. Institute for Healthcare Improvement. [How-to Guide: Prevent Pressure Ulcers](#). 2011.
27. Institut canadien pour la sécurité des patients. [Prévention et gestion du délirium : un bon départ](#). 2013.
28. Hayes C. [Highly Adoptable Improvement Model](#). Consulté en juillet 2015.

29. Jamal A, Grant C. [*An Essential Guide to Clinical Documentation Improvement*](#). 2014.
30. Langley GL, Moen R, Nolan KM, Nolan TW, Norman CL, Provost LP. [*The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance \(2nd Edition\)*](#). 2009.
31. Institut canadien pour la sécurité des patients. [*Trousse à outils pour la sécurité des patients et la gestion des incidents*](#). Consulté en juillet 2016.
32. Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada. [*Failure mode and effects analysis*](#). Consulté en juillet 2016.
33. Organisation mondiale de la santé. [*10 faits sur la sécurité des patients*](#). Consulté en juillet 2016.
34. Institut canadien pour la sécurité des patients. [*Culture de la qualité et de la sécurité*](#). Consulté en juillet 2016.



ICIS Ottawa

495, chemin Richmond
Bureau 600
Ottawa (Ont.)
K2A 4H6
613-241-7860

ICIS Toronto

4110, rue Yonge
Bureau 300
Toronto (Ont.)
M2P 2B7
416-481-2002

ICIS Victoria

880, rue Douglas
Bureau 600
Victoria (C.-B.)
V8W 2B7
250-220-4100

ICIS Montréal

1010, rue Sherbrooke Ouest
Bureau 511
Montréal (Qc)
H3A 2R7
514-842-2226

icis.ca

