



Projet sur les préjudices à l'hôpital — foire aux questions

Qu'est-ce que le projet sur les préjudices à l'hôpital?

Ce projet est né d'un partenariat entre l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP). Il vise à savoir à quelle fréquence les patients subissent des préjudices à l'hôpital.

Il a résulté de ce projet un rapport qui introduit une nouvelle mesure des préjudices potentiellement évitables à l'hôpital. La mesure est liée à une ressource d'amélioration qui contient des pratiques fondées sur des données probantes et des ressources visant à réduire les cas de préjudices.

Le rapport, intitulé [Mesure des préjudices subis par les patients dans les hôpitaux canadiens](#), présente un survol de la situation quant aux préjudices dans les hôpitaux canadiens (sauf au Québecⁱ) et explique comment utiliser les données et les ressources d'amélioration pertinentes pour améliorer cette situation.

La [Ressource d'amélioration pour la mesure des préjudices à l'hôpital](#) regroupe des ressources en complément à la mesure des préjudices à l'hôpital. Elle fait le lien entre la mesure et l'amélioration en proposant des pratiques et des ressources fondées sur des données probantes qui soutiendront la sécurité des patients et les efforts d'amélioration.

Pourquoi est-il important de mesurer les préjudices?

Jusqu'à ce jour, aucune mesure unique n'offrait une vue d'ensemble de la sécurité des patients dans les hôpitaux canadiens ni ne répondait à la question « à quel point mon hôpital est-il sécuritaire? »

Quels sont les résultats de la recherche?

L'étude indique qu'en 2014-2015, les patients ont subi des préjudices lors d'un séjour à l'hôpital sur 18, pour un total de 138 000 hospitalisations. De ce nombre, 30 000 (soit une sur 5) mettaient en cause plus d'un type de préjudices. Le taux global est demeuré stable à 5,6 % au cours des dernières années. Les nouvelles données font état des hospitalisations au cours desquelles il s'est produit au moins un préjudice involontaire qui aurait pu être évité si des pratiques connues fondées sur des données probantes avaient été appliquées.

i. Les données du Québec sont exclues en raison de difficultés d'ordre méthodologique.

Qu'est-ce que la mesure des préjudices à l'hôpital?

La mesure des préjudices à l'hôpital est une nouvelle façon de mesurer de la sécurité des patients conçue conjointement par l'ICIS et l'ICSP en consultation avec des experts de la sécurité des patients. Elle aide les hauts dirigeants du système de santé à définir les priorités relatives à l'amélioration de la sécurité des patients et à suivre les progrès au fil du temps.

La mesure se définit comme le nombre d'hospitalisations en soins de courte durée au cours desquelles au moins un préjudice involontaire s'est produit (pendant le séjour à l'hôpital) et aurait pu être évité par la mise en œuvre de pratiques connues fondées sur des données probantes.

Pour qu'un préjudice soit inclus dans la mesure, il doit répondre aux 3 critères suivants :

1. Il est défini comme étant survenu après l'admission et durant un même séjour à l'hôpital.
2. Il nécessite un traitement ou prolonge le séjour à l'hôpital.
3. L'affection figure dans l'un des 31 groupes cliniques du cadre conceptuel des préjudices à l'hôpital (voir la figure).

La mesure est composée de 31 groupes cliniques regroupés dans 4 catégories :

1. les affections liées aux soins de santé ou aux médicaments
2. les infections liées aux soins de santé
3. les accidents chez les patients
4. les affections liées aux interventions

Les catégories de préjudices incluses dans le cadre ont été établies au moyen d'analyses documentaires et grâce à la collaboration d'experts cliniques. Seules les affections cliniques pouvant manifestement être évitées par la mise en œuvre de pratiques exemplaires fondées sur des données probantes ont été incluses.

Les 31 groupes cliniques sont associés à des pratiques exemplaires fondées sur des données probantes. Le degré de précision de ces groupes aide les hauts dirigeants du système de santé à établir les priorités au chapitre de l'amélioration. La figure et le rapport technique contiennent plus de détails sur les définitions et les critères d'inclusion.

Figure Cadre conceptuel des préjudices à l'hôpital



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

La mesure ne reflète pas tous les événements préjudiciables qui surviennent dans les hôpitaux. Voici quelques exemples d'incidents qui ne sont pas consignés :

- incidents évités de justesse, c'est-à-dire qui n'ont pas atteint le patient (p. ex. mauvais dosage d'un médicament dont on s'est aperçu avant son administration au patient);
- incidents ou événements qui ont atteint le patient et qui auraient pu lui causer un préjudice ou une blessure, mais qui ne l'ont pas fait (p. ex. une chute qui n'a pas causé de blessures);
- préjudice passé inaperçu pendant le séjour à l'hôpital, mais découvert lors d'une visite ou d'une admission subséquente à l'urgence (p. ex. infection d'une articulation de la hanche après un remplacement articulaire diagnostiquée lors d'une visite de suivi);
- préjudice causé à un patient dans un milieu autre que les soins de courte durée (p. ex. préjudice survenu dans un autre secteur de l'hôpital, comme l'urgence, en consultation externe, en réadaptation ou en soins de longue durée).

Qu'est-ce qui justifie l'inclusion d'un préjudice dans la mesure?

La mesure est calculée à partir des données se trouvant dans la Base de données sur les congés des patients (BDCP) de l'ICIS. La BDCP comprend des renseignements administratifs, cliniques et démographiques sur les sorties des hôpitaux, y compris les décès, les sorties contre l'avis du médecin et les transferts. Aucune autre collecte de données n'est requise pour le calcul de la mesure.

Les préjudices sont définis par les codes de diagnostic de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième version, Canada (CIM-10-CA) ou les codes de la Classification canadienne des interventions en santé (CCI), conformément aux Normes canadiennes de codification. Les codes de la CIM-10-CA répertoriés dans la mesure correspondent à des diagnostics après l'admission qui sont suffisamment importants pour avoir une incidence sur les soinsⁱⁱ.

Pour plus d'information sur la cohorte de patients inclus dans la mesure et les critères de sélection, consultez le rapport technique.

ii. Le moment auquel une affection obstétricale survient est précisé dans le code plutôt que dans le type de diagnostic.

Comment la mesure a-t-elle été conçue?

La mesure a été élaborée en étroite collaboration avec les hôpitaux, les experts cliniques et les spécialistes de la classification. Il a consisté en de nombreuses étapes et procédures. Voici un résumé des principales activités qui ont eu lieu à ce jour :

Principales activités	Détails
Recherche et développement	Analyses documentaires, consultations avec des experts internes et externes, examen des codes de diagnostic de la CIM-10-CA
Essais pilotes dans 7 hôpitaux précurseurs (2 itérations)	Collecte, dès les essais pilotes, de commentaires qui ont mené au développement du cadre conceptuel des préjudices à l'hôpital
Sollicitation d'avis du Groupe de consultation de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sur le thème de la qualité et de la sécurité	Comparaison des codes de la CIM-10-CA contenus dans la mesure avec les codes utilisés par le groupe de consultation de l'OMS aux fins d'harmonisation des codes, dans la mesure du possible
Processus Delphi modifié et rencontres en personne	Sollicitation d'avis d'experts cliniques sur la validité apparente, la portée et la capacité de passer à l'action, ce qui a permis de retrancher certains des groupes cliniques
Consultation clinique à la suite du processus Delphi	Suivi avec les obstétriciens, chirurgiens cardiaques et chirurgiens généraux sur les groupes cliniques sélectionnés n'ayant pas fait consensus pendant l'application du processus Delphi, en vue de déterminer la portée de la mesure
Études sur la qualité des données	Examen des dossiers médicaux afin de comprendre la façon dont les préjudices sont consignés dans 4 hôpitaux en Ontario et en Alberta L'étude de seconde saisie de la BDCP pour 2015 portait notamment sur la saisie des codes pour des groupes cliniques sélectionnés.
Peaufinage des définitions des groupes cliniques	Examen de chaque groupe clinique par les spécialistes de la classification de l'ICIS et les experts cliniques
Validation par les hôpitaux	Examen des groupes cliniques par des hôpitaux et des autorités sanitaires de partout au pays; les commentaires recueillis permettront d'améliorer la mesure

La mesure tient-elle compte de la gravité des préjudices?

Non, la mesure ne tient pas compte de la gravité des préjudices. Elle fait cependant état des préjudices qui sont assez graves pour nécessiter un traitement médical ou pour prolonger le séjour d'un patient à l'hôpital. Ces préjudices figurent donc en tant que diagnostics significatifs dans la BDCP.

Les cas de préjudices inclus dans cette mesure sont-ils tous évitables?

La mesure tient compte d'un éventail d'événements préjudiciables allant des événements évitables, c'est-à-dire qui ne devraient jamais se produire et qui sont totalement évitables (p. ex. rétention d'un corps étranger), aux événements pour lesquels la mise en place de pratiques fondées sur des données probantes devrait réduire les cas de préjudices, sans nécessairement les prévenir tous (p. ex. pneumonie par aspiration). Bien qu'il ne soit pas possible de prévenir tous les cas de préjudice inclus dans cette mesure, l'adoption de pratiques fondées sur des données probantes peut aider à réduire le taux de préjudices.

Comment cette mesure peut-elle être utilisée?

La mesure de la qualité et de la sécurité a pour but d'améliorer les soins aux patients et d'optimiser les résultats pour les patients. La mesure doit être utilisée parallèlement avec d'autres sources d'information sur la sécurité des patients, notamment les systèmes de déclaration et d'apprentissage sur la sécurité des patients, l'examen et la vérification de dossiers, les résultats des enquêtes d'Agrément Canada, les préoccupations des patients et l'évaluation des processus d'amélioration de la qualité clinique. Ces sources d'information, dans leur ensemble, peuvent orienter et optimiser les initiatives d'amélioration.

Qu'est-ce que la *Ressource d'amélioration pour la mesure des préjudices à l'hôpital*?

Cette ressource a été conçue par l'ICSP en complément à la mesure des préjudices à l'hôpital. Cet outil en ligne fait le lien entre l'évaluation et l'amélioration à l'aide de pratiques fondées sur des données probantes et de ressources qui viennent appuyer les efforts d'amélioration de la sécurité des patients. Il contient des renseignements de nature générale sur la sécurité des patients ainsi que des ressources d'amélioration de la qualité, des conseils sur l'utilisation de la mesure et des ressources propres à chaque groupe clinique, y compris les suivants :

- vue d'ensemble des caractéristiques du groupe clinique et des objectifs d'amélioration;
- répercussions pour les patients souffrant d'une forme de préjudice et conséquences pour eux et leur famille;
- pratiques exemplaires fondées sur des données probantes pour réduire la probabilité de préjudices;
- mesures d'amélioration des résultats et processus;
- normes et pratiques organisationnelles requises d'Agrément Canada;
- cas de réussite de certains organismes;
- références et ressources clés, dont des lignes directrices et des articles de recherche choisis.

Pourquoi les données par établissement ne sont-elles pas disponibles?

Actuellement, la mesure brosse un portrait national de la sécurité des patients et des cas de préjudices dans les systèmes de santé canadiens. Puisque les hôpitaux servent diverses populations de patients, il ne serait pas approprié de les comparer sans tenir compte des différences entre ces populations. Pour le moment, il est impossible de comparer les résultats entre les hôpitaux, les régions sanitaires ou les provinces. La méthodologie qui permettrait d'ajuster les résultats en fonction de ces différences entre les populations de patients n'a pas encore été mise au point.

L'ICIS et l'ICSP s'engagent à collaborer avec les intervenants partout au pays pour que cette mesure permette de bien surveiller et d'améliorer la sécurité des patients dans les établissements de soins de courte durée. Les travaux se poursuivront en vue de comprendre et d'améliorer les données ainsi que la documentation pertinente et les processus de codification afférents à la mesure. En outre, la possibilité de transformer cette mesure en indicateur comparable est toujours à l'étude.

La mise en place d'un indicateur comparable pose notamment certains défis :

- La codification des taux de préjudices à l'hôpital peut être une source de biais. Par exemple, les hôpitaux dans lesquels les préjudices sont consignés de façon plus assidue peuvent afficher des taux plus élevés.
- Les cas risquent de ne pas être tous pris en compte dans les hôpitaux qui accueillent un plus grand nombre de patients atteints d'affections très complexes.
- On considère que tous les cas de préjudice, peu importe leur gravité ou leur type, contribuent de façon égale au taux global d'un hôpital.

Les indicateurs de la sécurité des patients associés à des groupes cliniques précis sont déjà accessibles dans l'outil Web [Votre système de santé](#) de l'ICIS (p. ex. traumatisme obstétrical, sepsie à l'hôpital). De plus, 3 nouveaux indicateurs d'infections seront accessibles au printemps 2017.

Annexe : Texte de remplacement pour le cadre conceptuel des préjudices à l'hôpital

Le cadre conceptuel des préjudices à l'hôpital comprend 4 grandes catégories de préjudices, qui sont subdivisées en 31 groupes cliniques.

La première catégorie — les affections liées aux soins de santé ou aux médicaments — 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 — les infections liées aux soins de santé — comprend les groupes cliniques suivants : Infections des voies urinaires, Infections post-intervention, Gastroentérite, Pneumonie, Pneumonie par aspiration, Sepsie et Infections à C. difficile, au SARM ou aux ERV.

La troisième catégorie — les accidents chez les patients — comprend le groupe clinique Traumatisme.

La quatrième catégorie — les affections liées aux interventions — 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 post-intervention 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.