

## Être à la hauteur en matière de sécurité et de qualité

La plupart des patients ne s'attendent pas à succomber à une infection contractée après leur admission à l'hôpital. Les résidents en soins de longue durée ne s'attendent pas à faire une chute et à se fracturer la hanche. Personne ne s'attend non plus à perdre la vie à la suite d'une erreur de médicaments commise par un dispensateur de soins. Après tout, « ne faire aucun mal » est le principe de base du serment d'Hippocrate.

Ces événements surviennent tout de même au sein de notre système de santé, pas de façon délibérée, bien entendu, mais assez fréquemment. Selon une étude réalisée en 2004 par Ross Baker et Peter Norton et financée par l'ICIS et les Instituts de recherche en santé du Canada, en 2000, 1 patient adulte sur 13 admis dans les hôpitaux de soins de courte durée a connu un événement indésirable, pouvant aller jusqu'à la mort. Plus du tiers de ces événements auraient pu facilement être évités.

La bonne nouvelle est que des travaux sont en cours afin d'accroître la sensibilisation à cette problématique et d'améliorer la qualité et la sécurité des soins. L'Institut canadien pour la sécurité des patients, fondé en 2003, est chargé de favoriser la collaboration entre les gouvernements et les intervenants et d'appuyer l'élaboration d'initiatives visant la sécurité des patients. Au cours des années qui ont suivi l'étude Baker-Norton ayant mis en évidence la prévalence d'événements indésirables, on a commencé à accorder davantage d'importance à la sécurité des patients. Progressivement, les dirigeants de la santé ont fait preuve de plus de transparence en choisissant d'apprendre des erreurs commises et d'adopter des pratiques exemplaires plutôt que de chercher des coupables. Comme vous pourrez le lire dans le présent numéro de *Directions*, cette ouverture a grandi grâce à l'accès à une information pertinente.

### Dans le présent numéro

- 2 Mot de la présidente
- 4 Des traitements sécuritaires et efficaces grâce aux données sur les demandes de remboursement de médicaments
- 5 La propreté à l'assaut des infections
- 6 Le RNMH : les données sur la sécurité des patients à l'œuvre



# Mot de la présidente

La dimension humaine des soins de santé est incontournable. Ils touchent les gens qui en ont besoin et les professionnels qui les dispensent. Comme nous le savons tous, personne n'est infailible. En effet, comme le veut le dicton, l'erreur est humaine.

Bien que les événements indésirables ne découlent pas tous d'une erreur humaine, bon nombre d'entre eux pourraient être évités grâce à l'adoption de politiques et de processus appropriés. Toutefois, pour aussi évidente qu'elle puisse paraître, la prévention constitue un défi. Dans l'ensemble du pays, des initiatives ont été mises en œuvre afin de limiter le risque d'événements indésirables. Une culture de sécurité des patients est en train de s'instituer dans de nombreux établissements, où tout le monde, y compris les membres de la direction, les dispensateurs de première ligne et le personnel d'entretien, se sent responsable de la sécurité des patients. Cette culture suppose une perception collective de la façon dont il faut agir et crée un environnement ouvert qui favorise le signalement de tous les événements indésirables survenus et de ceux qui ont été évités de justesse. Elle permet également de donner de la rétroaction à l'ensemble du personnel de première ligne et inspire un fort sentiment de respect au sein de l'organisation.

Dans le présent numéro de *Directions*, vous découvrirez les efforts déployés afin de prévenir les erreurs de médicaments, les mesures que prennent les hôpitaux pour contrer la propagation de superbactéries infectieuses et la raison pour laquelle on prône une meilleure consignation de l'information dans les dossiers à tous les niveaux de soins. Les professionnels de la santé assument cette responsabilité et travaillent à l'élaboration et à la mise en œuvre de pratiques exemplaires dans la gamme des soins dispensés.

À l'ICIS, nous croyons que les bons renseignements éclairent les bonnes décisions. Il faut surveiller et mesurer les résultats afin de veiller à ce que les politiques et les pratiques adoptées rendent les soins plus sécuritaires. Afin d'aider les professionnels et les gestionnaires de la santé à mesurer le succès de leurs efforts et à cerner les points à améliorer, nous avons créé des indicateurs de la sécurité des patients, adapté le ratio normalisé de mortalité hospitalière (RNMH) en vue de son utilisation au Canada et mis en œuvre de



nouveaux codes visant à déterminer la prévalence des infections nosocomiales.

De plus, nous mettons sur pied un système hospitalier de déclaration afin de déterminer à quel endroit et de quelle façon se produisent les accidents et incidents médicamenteux, et ainsi,

de les prévenir. Puisque les accidents et incidents médicamenteux constituent la cause la plus fréquente et la plus facilement évitable de préjudice aux patients, cette dernière mesure témoigne de notre engagement continu à aider les intervenants à améliorer les soins.

Cependant, nous ignorons encore beaucoup de choses. Quelles politiques et pratiques sont les plus efficaces pour améliorer la sécurité des patients et prévenir les événements indésirables? À quel point les directives d'hygiène des mains sont-elles respectées? Ont-elles permis de réduire le nombre d'infections nosocomiales? De quelle façon mesurons-nous les événements indésirables dans la collectivité?

Nous ne connaissons pas encore toutes les réponses et ne savons pas non plus comment prévenir tous les événements indésirables. Mais nous sommes déterminés à faire preuve de transparence en ce qui les concerne. En surveillant leur fréquence et en comprenant les facteurs qui contribuent à leur survenue, nous nous efforçons d'améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients au Canada.

La présidente-directrice générale,

Glenda Yeates

## Conseil d'administration

Président

**M. Graham W.S. Scott, C.M., c.r.**  
Président, Graham Scott Strategies Inc.

**M<sup>me</sup> Glenda Yeates (d'office)**  
Présidente-directrice générale, ICIS

**D<sup>r</sup> Peter Barrett**  
Médecin et professeur, University of Saskatchewan Medical School

**D<sup>r</sup> Luc Boileau**  
Président-directeur général,  
Agence de la santé et des services sociaux  
de la Montérégie

**M<sup>me</sup> Karen Dodds**  
Sous-ministre adjointe, Santé Canada

**D<sup>r</sup> Chris Eagle**  
Chef des opérations, milieu urbain, Alberta  
Health Services

**M. Kevin Empey**  
Chef de la direction, Lakeridge Health Corporation

**M. Donald Ferguson**  
Sous-ministre, ministère de la Santé,  
Nouveau-Brunswick

**D<sup>r</sup> Vivek Goel**  
Président et chef de la direction,  
Agence ontarienne de protection et de promotion  
de la santé

**M<sup>me</sup> Alice Kennedy**  
Chef des opérations, Soins de longue durée,  
Eastern Health, Terre-Neuve-et-Labrador

**M. Denis Lalumière**  
Sous-ministre adjoint, Planification stratégique,  
évaluation et qualité, ministère de la Santé et des  
Services sociaux du Québec

**M. Gordon Macatee**  
Sous-ministre, Ministry of Health Services,  
Colombie-Britannique

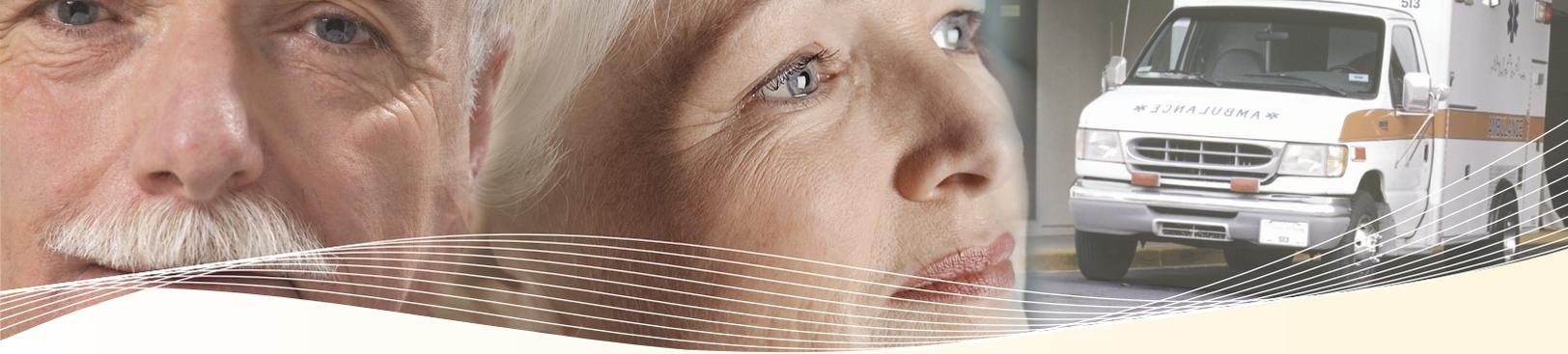
**D<sup>r</sup> Cordell Neudorf**  
Président, Conseil de l'ISPC; médecin hygiéniste  
en chef, Saskatoon Health Region

**D<sup>r</sup> Brian Postl**  
Vice-président du Conseil, président-directeur général,  
Office régional de la santé de Winnipeg

**M. Ron Sapsford**  
Sous-ministre, ministère de la Santé et  
des Soins de longue durée, Ontario

**M. Munir Sheikh**  
Statisticien en chef du Canada, Statistique Canada

**M. Howard Waldner**  
Président-directeur général,  
Vancouver Island Health Authority



## De nouveaux outils d'aide à la décision clinique favorisent la sécurité dans le contexte des services à domicile et des soins de longue durée

De nombreuses personnes âgées atteintes d'affections chroniques prennent plusieurs médicaments, mais elles courent le risque que certains d'entre eux, pris seuls ou ensemble, ne leur conviennent pas. Une nouvelle génération d'outils d'aide à la décision publiés l'an dernier par l'ICIS permet aux dispensateurs de services à domicile et de soins de longue durée de repérer les personnes dont les médicaments devraient faire l'objet d'un examen afin d'éviter les événements indésirables.

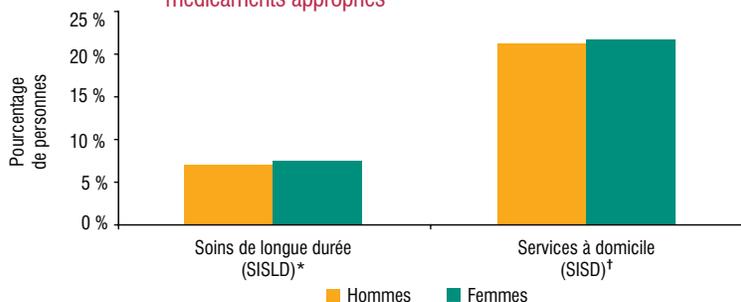
Les protocoles d'évaluation clinique (PEC) d'interRAI touchent les questions de santé et de sécurité, comme celles relatives aux médicaments, aux chutes, aux ulcères de décubitus et à la douleur. Ces protocoles, élaborés aux fins d'utilisation dans les milieux de soins de longue durée à domicile et en établissement, sont le fruit d'une initiative regroupant des cliniciens et des chercheurs de plusieurs pays et visant à recueillir les meilleurs renseignements existants sur les soins sécuritaires et efficaces.

Dans le milieu des soins de santé, lorsque des éléments clés d'une évaluation indiquent un risque de déclin ou d'absence d'amélioration, un PEC est « déclenché » et l'équipe de soins reçoit une démarche fondée sur des données probantes qu'elle doit suivre pour résoudre le problème. Parmi les 27 nouveaux protocoles figure le PEC sur les médicaments appropriés.

Les données du Système d'information sur les soins de longue durée (SISLD) et du Système d'information sur les services à domicile (SISD) de l'ICIS permettent de mettre en lumière les risques importants qui ont menacé la sécurité de la population et ainsi de mieux cibler les mesures de prévention.

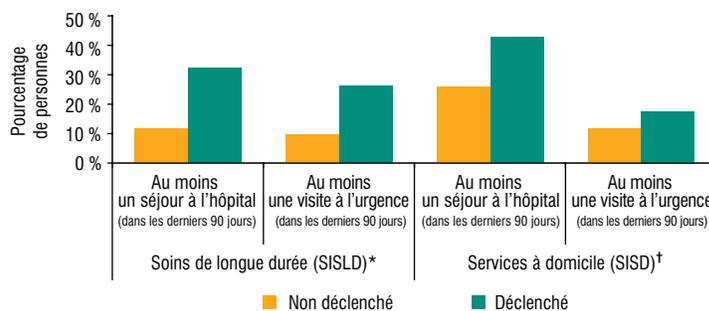
Récemment, l'ICIS a examiné la situation des personnes âgées (65 ans et plus) qui recevaient des services à domicile ou vivaient dans des établissements de soins en hébergement (c'est-à-dire des centres de soins infirmiers ou des établissements de soins de longue durée) et a vérifié si elles ont déclenché le PEC.

**Figure 1** Pourcentage des personnes qui reçoivent des soins de longue durée et des services à domicile qui déclenchent le PEC sur les médicaments appropriés



La figure 1 indique que, d'après l'évaluation la plus récente, une personne âgée sur cinq recevant des services à domicile aurait déclenché le PEC sur les médicaments appropriés, ce qui signale la nécessité de réviser les médicaments. Moins d'une personne sur dix l'aurait déclenché dans un milieu plus structuré comme un établissement de soins de longue durée ou un centre de soins infirmiers.

**Figure 2** Pourcentage des personnes qui reçoivent des soins de longue durée et des services à domicile et qui effectuent des visites en soins de courte durée en raison du déclenchement du PEC sur les médicaments appropriés



Selon la figure 2, les personnes qui déclenchent le PEC sur les médicaments appropriés à domicile ou dans un établissement de soins de longue durée en hébergement seraient plus susceptibles d'être admises dans un hôpital de soins de courte durée ou le service d'urgence d'un hôpital. Cela laisse croire que les mesures de prévention fondées sur le PEC peuvent profiter non seulement à la personne, mais également au système de santé.

Les clients travaillent actuellement à la mise en œuvre des nouveaux PEC. À compter de 2009-2010, l'ICIS fournira des rapports comparatifs trimestriels sur les PEC aux gestionnaires du système de santé et surveillera l'incidence de ces nouveaux outils sur la sécurité dans le contexte des services à domicile et des soins de longue durée partout au Canada.

### Remarques des figures 1 et 2

\* Comprend des données tirées de la dernière évaluation MDS 2.0 complète effectuée en 2007-2008 sur les résidents de 65 ans et plus en soins de longue durée.

† Comprend les clients de 65 ans et plus qui reçoivent des services à domicile et qui ont été évalués au moyen du RAI-HC en 2006-2007 et 2007-2008.

### Sources des figures 1 et 2

Système d'information sur les soins de longue durée et Système d'information sur les services à domicile, 2007-2008, Institut canadien d'information sur la santé.



## Des traitements sécuritaires et efficaces grâce aux données sur les demandes de remboursement de médicaments

**P**our des millions de Canadiens, l'utilisation sécuritaire et efficace des médicaments est essentielle à l'amélioration des résultats pour la santé. Toutefois, le recours à plusieurs médicaments, fréquemment appelé « polypharmacie », peut parfois entraîner des événements indésirables, des interactions médicamenteuses, des problèmes de non-observance et d'autres risques pour la santé. Même si les chiffres ne révèlent pas tout, de nombreuses personnes estiment que la prise de plus de cinq médicaments accroît le risque d'événements indésirables.

Les données sur les demandes de remboursement de médicaments consignées dans le Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits (SNIUMP) de l'ICIS peuvent contribuer à l'utilisation de traitements pharmacologiques sécuritaires et efficaces, car elles jettent un éclairage nouveau sur la façon dont les médicaments sont utilisés. Les dispensateurs de soins, les responsables de l'élaboration des politiques et les chercheurs peuvent se servir de ces données pour trouver les éventuels problèmes, pour mieux comprendre les changements dans l'utilisation des médicaments et pour déterminer les combinaisons médicamenteuses à risque élevé. Selon une récente analyse du SNIUMP sur l'utilisation par les personnes

**Les dispensateurs de soins, les responsables de l'élaboration des politiques et les chercheurs peuvent se servir de ces données pour trouver les éventuels problèmes, pour mieux comprendre les changements dans l'utilisation des médicaments et pour déterminer les combinaisons médicamenteuses à risque élevé.**

âgées des médicaments inscrits sur la liste Beers, lesquels sont potentiellement contre-indiqués, environ une personne âgée sur quatre avait demandé le remboursement d'un des médicaments de cette liste.

Les données sur les demandes de remboursement peuvent également aider à surveiller les changements dans l'utilisation des médicaments à la suite de l'arrivée de nouveaux médicaments sur le marché, ou de la parution de nouvelles données probantes, d'information sur la sécurité ou de directives concernant les pratiques. À la suite de

la publication d'une importante étude sur les risques du traitement hormonal substitutif (THS), une analyse du SNIUMP a révélé que le taux d'utilisation du THS par les Canadiennes âgées avait chuté de 60 %.

Les travaux d'analyse des données sur les demandes de remboursement n'ont fait qu'effleurer la question de la sécurité et de l'efficacité des médicaments. Comme la situation deviendra de plus en plus préoccupante en raison du vieillissement de la population et de la prévalence accrue des affections chroniques, les analyses futures devront prendre appui sur ces travaux. L'ICIS est particulièrement bien placé pour produire de l'information pancanadienne sur les résultats pour la santé en ce qui concerne la pharmacothérapie.

## Les chutes mènent les personnes âgées à l'hôpital

**S**elon un récent rapport de l'ICIS, outre les troubles respiratoires et circulatoires, les fractures (découlant de chutes) représentent la principale raison justifiant le transfert à l'hôpital des patients en soins de longue durée. Ces données soulèvent des questions sur la sécurité des patients et les admissions évitables.

En 2007-2008, 35 % des personnes hospitalisées en soins de courte durée au Canada (à l'exclusion du Québec) étaient âgées de 75 ans et plus. De ce nombre, 10 % avaient été transférées d'un milieu de soins de longue durée. Le rapport *Cheminement du patient : transferts des soins de longue durée aux soins de courte durée* révèle que 16 % des résidents transférés sont décédés durant leur séjour à l'hôpital (contre 9 % des patients non transférés âgés de 75 ans et plus).

Les chutes étaient l'une des principales causes de blessures chez les patients provenant tant d'établissements de soins de longue durée que de leur domicile (90,3 % et 76,2 % respectivement). Outre l'âge, les facteurs de risque de chute comprennent les antécédents de chute, le degré de mobilité, les déficiences cognitives et les erreurs de médicaments.

De même, un rapport de l'Institut canadien pour la sécurité des patients désigne les chutes comme l'un des événements indésirables les plus souvent signalés dans le domaine des soins de longue durée et une cause fréquente de visites au service d'urgence chez les personnes âgées.

Les promoteurs de la sécurité des patients suggèrent de mettre l'accent sur la gestion des chutes plutôt que sur leur prévention, car cela permettrait d'atteindre le délicat équilibre entre, d'une part, le maintien de la mobilité et de la fonctionnalité grâce à l'exercice et, d'autre part, l'atténuation de certains facteurs de risque associés aux chutes.

Les hospitalisations pour fracture de la hanche et les fractures de la hanche survenant à l'hôpital ont également fait l'objet d'un suivi dans les rapports annuels de l'ICIS sur les indicateurs de santé, et ce, afin que puissent être dégagés les points à améliorer en matière de sécurité des patients. Depuis le début de ce suivi, le nombre d'hospitalisations en raison de fractures de la hanche chez les personnes âgées au Canada a diminué de 13 % entre 2000-2001 et 2005-2006.

## Faits saillants

### Sécurité des patients

- En 2005, 1 adulte sur 10 aux prises avec des problèmes de santé a déclaré avoir déjà reçu le mauvais médicament ou la mauvaise dose au cours des deux années précédentes.
- Également en 2005, 18 % des infirmières et infirmiers interrogés ont déclaré que les patients dont ils avaient la charge avaient occasionnellement ou fréquemment reçu le mauvais médicament ou la mauvaise dose au cours de l'année précédente.
- Dans le cadre d'un sondage mené en 2006, 8 % des dispensateurs de première ligne ont indiqué que leurs patients avaient reçu le mauvais médicament ou la mauvaise dose au cours de l'année précédente.
- De même, une femme sur vingt-et-un qui accouche par voie vaginale (près de 5 %) subit un traumatisme obstétrical, tel qu'une laceration du col de l'utérus, de la paroi vaginale ou du sillon périnéal, ou encore des lésions à la vessie ou à l'urètre.
- Entre avril 2003 et mars 2006, en moyenne 1 bébé sur 141 né dans un hôpital hors du Québec a subi un traumatisme à la naissance, comme une lésion au cuir chevelu et au système nerveux ou une fracture du crâne. Il s'agit de plus de 1 700 cas par année.
- Entre 2003-2004 et 2005-2006, un corps étranger a été oublié dans le corps d'environ 1 patient sur 3 000 hospitalisé hors du Québec et de certaines parties du Manitoba à la suite d'une intervention.

**Source**

*Le point sur la sécurité des patients au Canada, 2007.*

## La propreté à l'assaut des infections

L'hygiène des mains est reconnue au Canada et ailleurs dans le monde comme une mesure prioritaire pour protéger la sécurité des patients et prévenir la propagation d'infections.

Une analyse récente de l'ICIS révèle que 99 % des 103 hôpitaux ontariens ayant participé à une enquête sur la sécurité des patients en 2008 ont déclaré avoir adopté une politique officielle d'hygiène des mains. Toutefois, l'enquête a permis de constater que la majorité des hôpitaux (61 %) n'avaient aucun processus de vérification afin de s'assurer du respect des consignes en matière de lavage des mains.

Les hôpitaux communautaires étaient les plus susceptibles de vérifier les pratiques d'hygiène des mains (47 %), suivis des hôpitaux d'enseignement (35 %) et des petits hôpitaux (19 %). Parmi les hôpitaux dépourvus de systèmes de vérification, 59 % ont déclaré qu'ils en mettraient un en œuvre cette année.

La vérification peut s'avérer indispensable, car malgré le lien établi entre l'hygiène et les infections nosocomiales, les études révèlent un faible taux de conformité aux directives de lavage des mains. En effet, seulement 30 à 60 % des membres du personnel hospitalier suivent les directives correctement.



Selon les chercheurs, les irritations cutanées causées par les produits d'hygiène, le manque de personnel ou le surpeuplement des hôpitaux, l'exécution d'activités comportant un risque élevé de contamination croisée et le travail dans les unités de soins intensifs sont des facteurs pouvant contribuer à la situation.

Afin d'aider les hôpitaux à mettre en place des pratiques appropriées d'hygiène des mains, l'Institut canadien pour la sécurité des patients, l'Association pour la prévention des infections à l'hôpital et dans la communauté, Agrément Canada et l'Agence de la santé publique du Canada ont lancé en juin 2007 la campagne Arrêt! Lavez vos mains. En Ontario, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a instauré en mars 2008 le programme Se nettoyer les mains.

« Au cours des dernières années, la réduction de la propagation des infections nosocomiales est devenue une composante essentielle des campagnes sur la sécurité des patients dans l'ensemble du Canada », affirme le Dr Michael Gardam, directeur médical au University Health Network à Toronto. « Ces résultats de sondage offrent une occasion unique de voir dans quelle mesure ces campagnes contribuent à changer la culture dans les hôpitaux de l'Ontario et à créer un milieu plus sécuritaire pour les patients. »



# Le RNMH : les données sur la sécurité des patients à l'œuvre

Depuis deux ans, l'ICIS publie les ratios normalisés de mortalité hospitalière (RNMH). À l'Hôpital de Scarborough, le RNMH a servi de catalyseur pour l'adoption d'une culture favorisant la sécurité des patients.

Selon le D<sup>r</sup> Steven Jackson, chef du personnel à l'Hôpital de Scarborough, les résultats du RNMH sont une priorité pour l'hôpital. En effet, ce dernier a apporté des changements touchant l'ensemble des services, notamment la mise en œuvre et la surveillance étroite de toutes les initiatives de la campagne Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!, une campagne populaire de sécurité des patients. Il a également créé des directives pour une meilleure consignation des renseignements dans les dossiers et adopté des démarches en vue de la mise en place de pratiques de traitement

normalisées. Par ailleurs, l'hôpital a radicalement réorganisé sa structure de déclaration et de responsabilisation, depuis le personnel de première ligne jusqu'au directeur général et au conseil d'administration. Il a également revu la façon dont chaque programme est imputable pour la sécurité des patients.

« Malheureusement, dans certains cas, seul un événement dramatique peut diriger l'attention des gens dans la bonne direction », précise le D<sup>r</sup> Jackson au sujet de la publication des RNMH en 2007.

Les données sur l'Hôpital de Scarborough se sont beaucoup améliorées depuis. Cependant, le D<sup>r</sup> Jackson soutient que l'hôpital a pris l'engagement de s'améliorer davantage. « Nous savons que nous pouvons faire mieux sur certains plans, mais les résultats ont contribué à motiver le personnel à accorder son appui à notre objectif. »

L'hôpital souhaite se défaire d'une mentalité de blâme et de honte pour adopter une culture de responsabilisation, d'ouverture et de transparence, où tout le monde tente de découvrir la cause d'un événement et de faire en sorte qu'il ne se reproduise plus.

Dans l'ensemble du pays, les hôpitaux et les dispensateurs de soins sont déterminés à améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients et ont mis en œuvre des stratégies afin d'atteindre cet objectif.





## En Ontario, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a désigné le RNMH comme l'un des huit indicateurs de la sécurité des patients qui doivent être publiés par les établissements de soins de courte durée admissibles dans l'ensemble de la province.

En tant que mesure globale, le RNMH illustre le nombre de décès observés dans un hôpital comparativement au nombre de décès prévus en fonction de la moyenne canadienne. Ce faisant, il tient compte des différentes caractéristiques des patients traités dans l'hôpital, comme l'âge, le sexe, les diagnostics et l'état de santé à l'admission.

« Bien qu'il ne soit pas possible de prévenir tous les décès en milieu hospitalier, la réduction des taux de mortalité demeure un important objectif pour les hôpitaux et les professionnels de la santé au Canada », affirme Glenda Yeates, présidente-directrice générale de l'ICIS. « Le RNMH sert de point de départ aux hôpitaux et aux régions sanitaires pour l'évaluation des taux de mortalité et permet de cibler les secteurs à améliorer et de suivre les progrès au fil du temps. »

Puisque le RNMH témoigne des résultats de nombreux processus de soins, il faut un certain temps avant que les changements apportés aient une incidence sur la mortalité. Toutefois, à l'Hôpital régional de Windsor, en Ontario, le personnel est déjà très optimiste.

La nouvelle orientation de l'hôpital vers la sécurité des patients a mené à la création d'un comité au sein du conseil d'administration sur la qualité des soins et a renouvelé l'importance accordée au comité d'assurance de la qualité des soins médicaux, composé de médecins-chefs et de cadres supérieurs administratifs. Les directeurs de services cliniques et non cliniques ont également organisé des réunions hebdomadaires en petits groupes pour discuter de la sécurité des patients; ils ont adopté une approche dynamique en vue de réduire le risque d'événements indésirables, comme les infections nosocomiales, et font le suivi des mesures visant à améliorer la consignation des renseignements dans les dossiers des patients.

L'hôpital effectue également des vérifications aléatoires des dossiers, dont les résultats sont publiés tous les lundis. Tout programme non conforme doit élaborer un plan d'action afin de régler le problème.

« Les réussites que nous avons observées et les changements apportés aux processus sont l'œuvre des employés de première ligne et du personnel médical de chaque service », explique Karen McCullough, vice-présidente du service de soins de courte durée et chef de direction des soins infirmiers. « Tant et aussi longtemps que la responsabilisation ne s'étendra pas aux dispensateurs de première ligne, nous n'obtiendrons que de modestes changements qui ne durent pas. À long terme, nous devons doter le personnel des compétences dont il a besoin pour accomplir son travail. »

Bien qu'un tel succès n'arrive pas du jour au lendemain, M<sup>me</sup> McCullough affirme que l'hôpital est déterminé à prendre les mesures qui s'imposent. « Il faut travailler d'arrache-pied et fournir énormément d'énergie chaque jour, mais nous sommes dynamisés par les résultats que nous commençons à constater. »

La Vancouver Island Health Authority prend appui sur des données sommaires sur le RNMH et examine les changements au chapitre de la mortalité d'un mois à l'autre à l'aide d'outils chronologiques, dans le but de repérer les problèmes systémiques plus rapidement.

« Nous cherchons à examiner les tendances à un niveau beaucoup plus détaillé », déclare le D<sup>r</sup> Larry Frisch, directeur médical exécutif, Qualité, recherche et sécurité. « Nous pouvons désormais reconnaître des problèmes de qualité potentiels que nous n'aurions pas vus autrement. »

Bien que tous les décès ne soient pas attribuables à des événements indésirables, le D<sup>r</sup> Frisch affirme que son équipe souhaite étudier les cas dont on peut tirer des leçons.

« Nous essayons de nous concentrer sur les cas qui, selon toute probabilité, doivent être étudiés en priorité. »

# Maîtriser la propagation des infections nosocomiales

**B**ien que la réduction des infections nosocomiales soit l'une des grandes priorités en matière de sécurité des patients au Canada, personne ne sait exactement combien de ces infections existent dans les hôpitaux canadiens de soins de courte durée.

L'ICIS espère changer la situation et mettra en place en avril de nouvelles normes de codification afin de mieux répertorier ces infections au moyen des données administratives soumises par les hôpitaux à la Base de données sur les congés des patients (BDPC). L'ICIS souhaite que ces changements apportés à la codification permettent d'obtenir des données sur les infections par les superbactéries qui soient plus cohérentes, plus exhaustives et comparables à l'échelle nationale.

Bien que certains hôpitaux soumettent déjà ces renseignements à la BDPC, les données ne sont pas exhaustives ou cohérentes d'une province ou d'un territoire à l'autre. À compter du mois d'avril, lorsqu'ils codifieront les infections, les hôpitaux seront obligés de préciser le nom de l'organisme infectieux en cause et celui du médicament auquel la bactérie résiste (p. ex. *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline). De plus, l'ICIS a ajouté un élément de données sur les groupes de diagnostics à la BDPC afin de permettre le couplage des renseignements sur le siège de l'infection à ceux qui concernent le micro-organisme résistant aux médicaments.

« Lorsque la codification sera claire et cohérente dans l'ensemble du pays, nous espérons avoir une meilleure idée de l'étendue de ces infections dans les hôpitaux canadiens, car nous ne la connaissons pas pour l'instant », explique Jeanie Lacroix, gestionnaire, Rapports sur les hôpitaux.

« Il s'agirait d'un grand pas en avant dans la mesure de la sécurité des soins, car ces superbactéries résistantes aux antibiotiques, tout particulièrement le *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM), l'entérocoque résistant à la vancomycine (EVR) et le *Clostridium difficile* (*C. difficile*), sont à l'origine d'un grand nombre de maladies, de réadmissions à l'hôpital et de décès », ajoute M<sup>me</sup> Lacroix.

Les coûts associés au SARM dans les hôpitaux canadiens auraient atteint 59 millions de dollars par année. Un projet de surveillance d'envergure nationale a révélé qu'un hôpital est susceptible d'enregistrer chaque année 10 réadmissions de patients qui développent une diarrhée liée à la bactérie *C. difficile*, ce qui entraîne des coûts estimés à 128 200 \$. Une autre étude a révélé que les patients infectés restent à l'hôpital 2,5 fois plus longtemps que les patients non infectés.

## L'ICIS sera là!

### Avril

**27 et 28** Health Innovation and Policy Summit  
St. Andrew's Club and Conference Centre, Toronto

**Du 28 au 30** Forum canadien sur la sécurité des patients et l'amélioration de la qualité  
Westin Harbour Castle, Toronto

### Mai

**Du 11 au 14** Conférence annuelle de 2009 de l'ACRSPS  
Westin Hotel, Calgary

**14 et 15** AQAM : Journée annuelle de perfectionnement  
Manoir du Lac Delage, Québec

### Juin

**Du 31 mai au 3 juin** e-Health 2009, Québec

**1<sup>er</sup> et 2** Conférence nationale sur leadership dans les soins de santé  
St. John's Convention Centre

**Du 8 au 9** OHA Case Mix 2009  
Palais des congrès du Toronto métropolitain

**12 et 13** CHIMA 2009 Annual Conference  
Delta Bessborough, Saskatoon

**Du 22 au 24** 2009 Canadian RAI Conference  
Westin, Halifax

## Transitions



**L**e 1<sup>er</sup> décembre, M<sup>me</sup> Helen Angus s'est jointe à l'ICIS à titre de vice-présidente, Recherche et analyse. M<sup>me</sup> Angus compte plus de 23 ans d'expérience dans le système de santé, dont les 7 dernières années à Action Cancer Ontario. Plus récemment, elle a occupé le poste de vice-présidente de la planification et de la mise en œuvre stratégique, mais au fil de ses années avec Action Cancer Ontario, elle a eu sous sa responsabilité le Conseil de la qualité des soins oncologiques de l'Ontario, l'élaboration de stratégies à l'échelle du système ainsi que la planification et le leadership dans la province dans le cadre de la mise en œuvre du premier indice de qualité du réseau de cancérologie.

M<sup>me</sup> Angus a également travaillé au ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, où elle a contribué au Programme de médicaments Trillium et au Projet de réaménagement des soins de longue durée.

## Collaborateurs

ICIS Directions CIHI est publié par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). L'ICIS recueille de l'information sur la santé et les soins de santé au Canada, l'analyse, puis la rend accessible au grand public. Si vous avez des commentaires ou des questions ou souhaitez d'autres exemplaires de ce numéro en français ou en anglais, communiquez avec nous :

Rédaction, ICIS Directions CIHI  
495, chemin Richmond, bureau 600  
Ottawa (Ontario) K2A 4H6

Tél. : 613-241-7860  
Télec. : 613-241-8120

Courriel : [communications@icis.ca](mailto:communications@icis.ca)  
Site Web : [www.icis.ca](http://www.icis.ca)

*This publication is also available in English.*